

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

STEVE CURADEAU

PERTURBATIONS ALIMENTAIRES ET ABUS ÉMOTIONNEL INFANTILE
CHEZ DES ÉTUDIANTES UNIVERSITAIRES : RÔLE MÉDIATEUR
DU SENTIMENT DE CULPABILITÉ

AVRIL 2006

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Plusieurs interrogations subsistent au sujet des mécanismes étiologiques en cause dans les perturbations alimentaires. Une partie constitutive de ces interrogations concerne le rôle des expériences traumatiques de l'enfance dans leur acheminement vers des perturbations alimentaires ultérieures. Ce type d'investigation est rendu complexe par l'étiologie multifactorielle impliquée dans les perturbations alimentaires et par la nature multidimensionnelle des traumatismes infantiles. Il appert que les traumatismes infantiles ont un impact indirect, en influençant des processus psychologiques qui rendent certaines personnes susceptibles de développer des perturbations alimentaires. Peu de travaux empiriques rigoureux se sont proposé d'examiner ces processus, appelés variables médiatrices. C'est dans ce contexte que la présente étude a été réalisée.

Cette recherche s'intéresse aux relations entre les traumatismes infantiles et les perturbations alimentaires, en considérant le sentiment de culpabilité comme variable médiatrice interférant entre ces deux phénomènes. Ces paramètres sont évalués à l'aide du *Eating Attitudes Test*, du *Childhood Trauma Questionnaire*, et du *Guilt Inventory Scale*. La recherche est effectuée auprès de 166 étudiantes universitaires, dont 12 % (n = 20) présentent des perturbations alimentaires.

Dans les conséquences à long terme des traumatismes infantiles sur les perturbations alimentaires, les recherches ont surtout examiné l'abus sexuel, au détriment de l'abus émotionnel. L'objectif de cette recherche consiste à vérifier si la présence de perturbations alimentaires est associée à un sentiment de culpabilité découlant de traumatismes infantiles. Il est postulé que les perturbations alimentaires représentent des

réponses symptomatiques à des expériences traumatiques infantiles, dont plus spécifiquement l'abus émotionnel, et que chez plusieurs participantes, des niveaux particuliers de sentiments de culpabilité seront observés.

Trois sous-hypothèses et une hypothèse principale sont testées et corroborées : l'abus émotionnel infantile et le sentiment de culpabilité sont significativement corrélés ($r = 0,414$); l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires révèlent un lien très significatif ($r = 0,304$); la mesure du sentiment de culpabilité est significativement corrélée avec celle des perturbations alimentaires ($r = 0,358$). En utilisant une analyse de régression multiple de type acheminatoire, l'hypothèse principale permet de constater que le sentiment de culpabilité démontre une médiation partielle mais significative entre l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires ($R^2 = 0,162$, $\beta = 0,201$, $p < 0,012$).

Les résultats soutiennent les travaux de Kent et Waller (2000) qui avancent que l'abus émotionnel infantile est une expérience importante lorsque l'on considère le rôle des traumatismes précoces dans un modèle de développement multifactoriel des perturbations alimentaires. Les résultats obtenus appuient aussi les positions de Miller (1986) et Basset (2003), selon lesquelles le sentiment de culpabilité représente un symptôme psychologique pour faire face aux traumatismes infantiles. Une nouvelle donnée empirique est découverte, à savoir que le poids maximum et le poids minimum moyens rapportés diffèrent significativement selon que les participantes présentent ou non des perturbations alimentaires.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
Modèles théoriques et statistiques	5
Définitions sommaires, question de recherche et objectif poursuivi	8
CONTEXTE THÉORIQUE	13
Troubles alimentaires	14
<i>Données épidémiologiques</i>	14
<i>Définitions</i>	18
<i>Anorexie mentale</i>	18
<i>Boulimie</i>	20
Comportement alimentaire et affectivité	22
Traumatismes infantiles et perturbations alimentaires	32
<i>Abus émotionnels infantiles et perturbations alimentaires</i>	38
<i>Environnement familial, abus émotionnels, et perturbations alimentaires</i>	48
Sentiment de culpabilité	53
<i>Traumatismes infantiles et sentiment de culpabilité</i>	60
<i>Sentiment de culpabilité et perturbations alimentaires</i>	66
Rôles modérateur et médiateur et abus émotionnels infantiles.....	76
Pertinence de la recherche	82
Objectifs, hypothèse principale et sous-hypothèses de la recherche	84
MÉTHODOLOGIE.....	87
Devis de recherche	88
<i>Variable médiatrice</i>	89
Participants	92
Instruments de mesure.....	95
<i>Questionnaire d'informations générales</i>	95
<i>Eating Attitudes Test (EAT-26)</i>	96
<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>	97
<i>Guilt Inventory Scale</i>	101
Déroulement	104
RÉSULTATS	108
Analyse des données	109
<i>Analyses statistiques</i>	113
Présentation des résultats.....	115
<i>Sous-hypothèses et hypothèse principale de recherche</i>	115
<i>Abus émotionnel infantile prédisant le sentiment de culpabilité</i>	117
<i>Abus émotionnel infantile prédisant les perturbations alimentaires</i>	117
<i>Sentiment de culpabilité et abus émotionnel infantile</i> <i>prédisant les perturbations alimentaires (test de médiation)</i>	118

DISCUSSION	120
Discussion des résultats en fonction des hypothèses	121
Analyse des retombées de la recherche	126
Forces et limites de la recherche.....	137
Suggestions pour des recherches futures	140
CONCLUSION.....	147
RÉFÉRENCES	155
APPENDICE A	190
Critères diagnostiques de l'anorexie mentale du DSM-IV	190
APPENDICE B	192
<i>Guilt Inventory Scale</i>	192
APPENDICE C	198
Questionnaire d'informations générales	198
APPENDICE D	200
<i>Eating Attitudes Test</i>	200
APPENDICE E	204
<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>	204
APPENDICE F.....	212
<i>Guilt Inventory Scale – Version originale anglaise</i>	212
APPENDICE G	217
i) Sollicitation des participantes	217
ii) Formulaire de consentement.....	219
APPENDICE H	221
Certificat d'éthique de la recherche de l'UQTR.....	221

Liste des tableaux

Tableau 1	
Données psychométriques et points de coupure du CTQ	98
Tableau 2	
Dispersion des scores aux EAT, GIS, et CTQ	110
Tableau 3	
Prévalence (%) significative des formes de traumatisme rapportées.....	112
Tableau 4	
Coefficients de corrélation de Pearson entre les différentes formes de traumatisme mesurées par les sous-échelles du CTQ	113
Tableau 5	
Régression multiple des variables indépendantes sur la variable dépendante (Perturbations alimentaires)	114
Tableau 6	
Coefficients de corrélation de Pearson pour les variables principales et les sous-échelles du CTQ.....	116
Tableau 7	
Régression multiple de la variable dépendante (Perturbations alimentaires) sur la variable indépendante	119
Tableau 8	
Régression multiple de la variable dépendante (Perturbations alimentaires) sur la variable médiatrice et sur la variable indépendante	119

Liste des figures

Figure 1. Effet « modérateur » ou structure de causalité factice.....	76
Figure 2. Effet « médiateur » ou structure de causalité indirecte.....	77
Figure 3. Modèle du traumatisme.	80
Figure 4. Régression multiple et analyse acheminatoire.....	90
Figure 5. Modèle de l'effet de la variable médiatrice.	91
Figure 6. Âge moyen des participantes.....	94
Figure 7. Poids moyen au moment de l'expérimentation.	94
Figure 8. Poids maximum et minimum rapportés.....	95
Figure 9. Résultats aux échelles du CTQ.....	111
Figure 10. Modèle de l'effet de la variable médiatrice.	117

Remerciements

Des remerciements sincères sont adressés au Dre Suzanne Léveillé, Ph. D., psychologue et directrice de thèse de l'auteur. Sa collaboration loyale et dévouée tout au long du processus doctoral fut compréhensive, respectueuse, enrichissante et constructive.

L'intérêt scientifique manifesté aux procédures d'analyses statistiques par les contributions du Dr Michel Alain, Ph. D., de l'UQTR, et du Dr Denis Bélisle, Ph. D., de l'Université de Sherbrooke, a été infiniment estimé et appréciable. L'apport de la Dre Patricia Godbout, Ph. D., lors du processus de traduction requis pour l'un des instruments de mesure de cette thèse, fut apprécié au plus haut point. Une reconnaissance toute particulière est adressée au Dr Jean Meunier, M. D., omnipraticien, ainsi qu'au Dr Henri Mercier, Ph. D., psychanalyste, pour leur étroite collaboration théorique et leur apport conceptuel considérable lors du projet de thèse. L'acquisition de mon intégrité scientifique provient en grande partie de l'impact mémorable de leur pensée. J'ai grandement apprécié l'assistance de la Dre Marie Papineau, Ph. D., psychologue, de l'Université de Sherbrooke, qui a pris le temps de commenter la version finale de cette thèse. Son intérêt et ses efforts ont dépassé de loin les limites du devoir et du respect envers un collègue de travail.

Les étudiantes universitaires s'étant impliquées dans la recherche reçoivent une estime considérable pour leur généreuse contribution volontaire au processus expérimental. Il en va de même pour tous leurs professeurs qui ont généreusement octroyé du temps de leurs cours pour l'expérimentation. Des remerciements doivent être prodigués à tous les patients traités en clinique par l'auteur durant le processus de la thèse, dont en particulier les patientes anorexiques et boulimiques. Allant jusqu'au bout d'eux-mêmes et d'elles-mêmes dans leur

cheminement thérapeutique, ces personnes ont compté comme l'une des plus riches formes d'inspiration qui soit.

Une reconnaissance doit être dirigée à l'égard de tous les membres du jury de cette thèse, qui ont accepté d'impliquer leur temps et leur précieuse expertise à l'étude critique de ce document, et de joindre leurs efforts en commun pour une appréciation consensuelle de la démarche effectuée.

Mes collègues et mes professeurs du doctorat seront toujours présents en ma mémoire pour la profonde culture académique, le soutien et les stimulations intellectuelles légués, de même que pour l'humilité constante à laquelle ils m'ont toujours convié. En outre, ils m'ont révélé leur personnalité d'exception : leur esprit, leur affection et leur gentillesse ont été pour moi une source constante de bonheur.

Je remercie chaleureusement madame Carol Kane, commis sénior au Département de psychologie à l'UQTR, qui a inlassablement travaillé de concert avec moi pendant toute la durée des études doctorales. Quelle que soit la rigueur dont j'ai pu faire preuve, elle n'aurait pu être possible sans son enthousiasme judicieusement témoigné à toutes les étapes de ce processus académique.

Depuis les tous débuts des mes études en psychologie, personne n'a fait preuve de plus de tact, d'érudition émotionnelle et de véracité à mon égard que mon amie Céline Trinque, psychologue. Je lui dois plus que je ne saurais dire.

À mes parents, pour leur soutien intemporel, j'adresse une honorable gratitude.

À Lucie, ma conjointe, qui a toujours et sans relâche été mon principal appui, je lui dédis cette thèse. Je ne me serais jamais lancé dans ce travail exigeant si je n'avais été assuré de sa généreuse indulgence.

Introduction

« Tout comportement absurde a son origine dans la petite enfance » (p. 157).

A. Miller. (1984).

C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant.

Les personnes qui présentent des perturbations alimentaires ont un rapport émotif conflictuel avec la faim. Aucun aliment ne convient jamais à ces personnes : soit elles s'en privent drastiquement comme dans l'anorexie mentale, soit elles s'en gavent pour le rejeter ensuite comme dans la boulimie. Le refus de l'aliment devient refuge dans leurs symptômes. Devant ces faits, ces questions demeurent : comment un phénomène aussi universel que la faim peut-il se dérégler à ce point? Qu'est-ce qui intervient de si déterminant en modifiant le cours naturel de cette fonction vitale? Une réponse conséquente à ces questions doit considérer que l'aliment ne peut se réduire entièrement au besoin que l'individu en a (Vasse, 1997). La nourriture en elle-même ne suffit pas. Quelque chose est recherchée ou rejetée au-delà de l'aliment tangible incarné par le fruit ou le morceau de pain. Un échange est en jeu, un « don émotif » (Ansermet, 1994).

Les perturbations alimentaires sont l'issue inachevée d'émotions déterminantes. En termes de portée scientifique et sociale, l'étude de cet enchaînement est capitale. Pour preuve, les perturbations alimentaires représentent des modalités d'existence chroniques et sévères, associées à des conditions médicales très inquiétantes (Agras, 2001). Ces conditions ne sont cependant que la pointe de l'iceberg. Malheureusement, elles ont pour

effet de mobiliser toute l'attention que sur cette portion visible, et ce, de manière inversement proportionnelle à ce qu'elles cachent. Plus ces conditions sont apparentes, et elles le sont, plus cette apparence paraît seule réelle et plus l'invisible nous échappe (Girard, 1982). Dit succinctement, dans les perturbations alimentaires, les symptômes dissimulent leur composante émotionnelle sous-jacente; ils rendent visible ce qui doit rester invisible pour que le désordre alimentaire se maintienne. C'est ainsi que toute la dimension émotionnelle disparaît derrière les manifestations symptomatiques qu'elle engendre. L'inviolabilité quasi infaillible de ce processus pathologique explique l'assurance de sa perpétuation, à moins que ne soit élucidée (démasquée) une disposition affective particulière qui en assure le fonctionnement. La présente étude doctorale relève ce défi en étudiant le sentiment de culpabilité comme substrat affectif des perturbations alimentaires.

Cette connivence entre émotions et comportement alimentaire par l'intermédiaire du sentiment de culpabilité a été appréhendé dans l'œuvre de Kafka, le *Champion de jeûne*¹. Le personnage principal, le jeûneur, exprime qu'il ne parvient plus à manger. Il souffre de ne jamais trouver d'aliment approprié à sa faim car il ignore ce dont il a véritablement besoin. Il s'ensuit pour lui un cercle vicieux insupportable puisque manger équivaut à « nourrir sa souffrance » (St-Vincent Millay, 1941, p. 159). Tout se passe comme si la symbolique émotive et relationnelle associée à l'aliment l'emportait sur le besoin physiologique, comme si quelque chose le paralysait de l'intérieur. Face à ce dilemme, on tente de lui expliquer que sa souffrance provient du jeûne. Mais cette

¹ Nouvelle parfois intitulée également *Un artiste de la faim*, traduite de l'allemand par A. Vialatte, et publiée dans le recueil *La colonie pénitentiaire et autres récits*, Paris, Gallimard, Folio, 1972 [1948].

attitude provoque chez lui une vive colère car on confond la cause et son effet. De la surdité de l'entourage aux tentatives d'expression de sa souffrance résulte l'absurdité de son comportement (Basset, 1999; Vasse, 2002). Il meurt de faim, faute d'avoir trouvé ce qu'il cherchait à guérir par sa privation de nourriture. Seul le symptôme apparemment absurde d'un long enchaînement était accessible à l'observateur, et ce symptôme représentait, mais sans que ni le jeûneur ni l'observateur en ait conscience, la préhistoire du problème.

Ce récit se fait l'écho de cette contrainte paralysante du sentiment de culpabilité, dont toutes les œuvres de Kafka sont empreintes. Ainsi, l'exemple du jeûneur a été choisi pour trois raisons : premièrement, parce qu'il illustre ce que vivent les personnes présentant des perturbations alimentaires, en ce que leurs symptômes montrent autant qu'ils dissimulent; deuxièmement, parce qu'il sert l'introduction du cadre général de cette recherche, soit d'étudier la contribution du sentiment de culpabilité dans les perturbations alimentaires auprès d'un échantillon non clinique; troisièmement, parce que les données relatives à l'enfance de Kafka sont bien documentées empiriquement. Il a été un enfant humilié, méprisé et ridiculisé par ses parents. Ces expériences émotionnelles traumatiques issues de son enfance ont inspiré toutes ses œuvres, en particulier la nouvelle du jeûneur. La présente recherche doctorale examine donc aussi, en plus du rapport entre le sentiment de culpabilité et les perturbations alimentaires, les relations entre les traumatismes infantiles et ces deux paramètres.

Huit études empiriques ont examiné le rôle du sentiment de culpabilité dans des conditions de perturbations alimentaires (Burney & Irwin, 2000; Bybee, Zigler, Berliner,

& Merisca, 1996; Fodor, 1996; Frank, 1990; Grebel, 1993; Johnson & Larson, 1982; Murray & Waller, 2002; Murray, Waller & Legg, 2000). Il s'agit d'un secteur de recherche encore à l'état embryonnaire. Ces études suggèrent l'existence d'une relation entre le sentiment de culpabilité et les perturbations alimentaires. Toutefois, elles doivent être approfondies sur le plan conceptuel et empirique, notamment parce qu'elles ne contrôlent pas le sentiment de honte, souvent confondu avec le sentiment de culpabilité. Elles seront exposées dans la thèse en vue d'en évaluer leurs forces et limites en fonction de la présente recherche.

Modèles théoriques et statistiques

Cette thèse envisage les liens entre les expériences traumatiques de l'enfance, le sentiment de culpabilité et les perturbations alimentaires auprès d'une population non clinique de femmes adultes étudiantes à l'université. Parmi ces expériences traumatiques, l'abus émotionnel infantile est particulièrement considéré dans les hypothèses de recherche. Le sentiment de culpabilité est examiné en tant que variable faisant le lien entre les traumatismes infantiles et les perturbations alimentaires. Pour tenir compte de ces paramètres centraux dans un cadre théorique unifié, cette thèse s'appuie sur certains modèles conceptuels. Ils forment schématiquement des points d'ancrage cardinaux d'égale importance. D'autres auteurs gravitent autour de ces modèles et seront présentés (Dolto, 1984, 1985; Damasio, 1999, 2002; Nassikas, 1986, 2003; Shengold, 1998; Vasse, 1983, 1995, 1997, 2002; Weiss, 1983, 1986, 1993).

Le premier modèle s'inspire des travaux de Basset (1999, 2003) et de Miller (1984, 1986, 1990) et propose une articulation entre les expériences traumatiques infantiles et le sentiment de culpabilité. Les observations de ces auteurs sont étayées sur l'étude de cas et sur la clinique. Elles seront vérifiées empiriquement dans des conditions de perturbations alimentaires. Suivant ces auteurs, le sentiment de culpabilité, quand il en découle des problèmes psychologiques, est envisagé comme une réalité relationnelle, c'est-à-dire induite inconsciemment dans l'enfance par l'un des parents ou par les deux parents. Lors d'expériences à caractère traumatique, l'enfant prend en charge à son insu la faute du ou des parents, laquelle se traduit par un sentiment de culpabilité vécu plus ou moins consciemment par l'enfant². Pour ces auteurs, le traumatisme est une réalité émotionnelle accablante qui exclut le désir de l'enfant. Comme il n'a pas désiré ce qu'il lui arrive (traumatisme), cela ne peut représenter que du non-sens. Ne pouvant vivre dans le non sens, l'enfant ne peut l'intégrer que dans la mesure où il se rend coupable du traumatisme subi (le sens étant ainsi rétabli par le sentiment de culpabilité).

Le deuxième modèle est celui développé par Mejia et Ansermet (2000) à partir du traumatisme et de ses relations avec le langage. La sidération qui découle du traumatisme laisse une trace matérielle dans le langage parlé (syntagmes). L'étude du traumatisme se fait ainsi par l'analogie, c'est-à-dire en abordant une réalité par le contraste avec une autre : la première, inconnue ou barrée, laisse percevoir quelques-unes de ses caractéristiques dans le reflet de la seconde, mieux connue ou permise. Ce modèle sera mis en perspective avec les travaux de Damasio (1999, 2002) sur les liens entre

² Shengold (1998) précise que l'abus émotionnel d'un enfant dépend souvent d'une coopération inconsciente entre les parents.

conscience et langage. Dans la présente thèse, il est postulé que l'abus émotionnel infantile laisse une trace mesurable, non seulement dans le langage parlé, mais aussi et d'abord dans la sphère émotionnelle via un sentiment de culpabilité qui en est le reflet, plus conscient et reconnu.

Sur le plan statistique, Kent et Waller (2000) sont les seuls auteurs à tenir compte de l'abus émotionnel infantile spécifiquement, et de ses liens avec les perturbations alimentaires subséquentes chez l'adulte. D'autres auteurs ont étudié des liens entre les traumatismes infantiles et les perturbations alimentaires (Cole & Putnam, 1992; Connors & Morse, 1993; De Groot & Rodin, 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997; Grilo & Masheb, 2002; Kearney-Cooke & Striegel-Moore, 1994; Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring, & Resnick, 2000; Root & Fallon, 1989; Rorty & Yager, 1996; Schmidt, Humfress, & Treasure, 1997; Wonderlich, Crosby, Mitchell, Thompson, & Demuth, 2001). Cependant, ces autres auteurs n'ont pas fait école. Leurs travaux n'ont pas abouti à un modèle particulier de compréhension dynamique. Dans d'autres cas, ils ont simplement pris appui sur le modèle de Kent et Waller (2000), ce qui révèle la notoriété de ces derniers dans ce champ de recherche.

Kent et Waller (2000) ont utilisé une méthode d'analyse scientifique, appelant un modèle de régression multiple s'apparentant à celui déployé dans la présente recherche doctorale. Cette méthode présume une direction (dans quel sens va la causalité)³ de l'expérience traumatique jusqu'aux perturbations alimentaires, en passant par des facteurs émotionnels. Leur procédure statistique empirique considère à la fois les

³ Alain (2004) précise qu'on utilise le terme de causalité dans ce contexte dans son sens très large pour indiquer la direction des variables, sans parler de causalité au vrai sens du terme.

traumatismes infantiles, les perturbations alimentaires et certaines variables médiatrices. Sa valeur est donc appréciable pour notre étude. Toutefois, malgré leur exploration de variables médiatrices pertinentes, ces auteurs n'ont pas envisagé le sentiment de culpabilité parmi ces variables, ce que la présente recherche va effectuer.

Définitions sommaires, question de recherche et objectif poursuivi

Dans cette thèse, le traumatisme infantile renvoie plus spécifiquement à l'abus émotionnel⁴. Ce type de traumatisme réfère à des attaques verbales concernant la valeur de l'enfant en tant que personne ou son sentiment de bien-être. Il renvoie aussi à tout comportement humiliant, abaissant ou menaçant dirigé vers l'enfant par une personne plus âgée. Sur le plan théorique, cette définition de l'abus émotionnel est en concordance avec celles de Basset (2003) et de Miller (1984, 1986, 1990, 1991) qui seront développées plus loin. Sur le plan empirique, cette définition correspond à celle développée par Bernstein, Handelsman, Foote, Lovejoy, et Wenzel (1994) dans le *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). Cet instrument a été traduit en français par Paquette, Laporte, Bigras, et Zoccolillo (2004) et sera utilisé dans l'expérimentation. Il vise à rapporter l'histoire de différentes formes d'abus et de négligence.

Quant aux autres formes de traumatisme, Bernstein et al. (1994) les définissent de la manière suivante : l'abus physique consiste en des attaques physiques dirigées vers l'enfant par une personne plus âgée (attaques impliquant des blessures ou un risque de

⁴ Dans les études scientifiques psychologique et psychiatrique, les concepts d'abus et de traumatisme sont utilisés de manière interchangeable, en référant à une signification commune. Cette interchangeabilité a été également préservée dans notre étude.

blessure); l'abus sexuel se rapporte à des contacts ou à des comportements de nature sexuelle entre un enfant et une personne plus âgée; la négligence émotionnelle réfère à des situations où les personnes qui prennent soin de l'enfant ne répondent pas adéquatement à ses besoins psychologiques et affectifs de base (amour, encouragement, sentiment d'appartenance et de support); enfin, la négligence physique réfère à des situations où les personnes qui prennent soin de l'enfant ne répondent pas adéquatement à ses besoins physiques (le fait de le nourrir, de l'abriter, de le superviser et de veiller à sa sécurité et à sa santé).

Tous ces traumatismes infantiles font violence à l'enfant en l'ignorant. Une des prémisses à la base de cette étude est que c'est d'abord vis-à-vis de l'enfant, comme en lui ensuite lorsque devenu adulte, que cette violence peut être maximale (Vasse, 1983). Les observations tirées de notre pratique clinique et d'auteurs comme Miller (1986) et Basset (1996, 1999) incitent à croire que les abus émotionnels représentent une forme de traumatisme beaucoup plus insidieuse en comparaison avec celle des abus sexuels. Les abus sexuels ont attiré davantage l'attention de la communauté scientifique en lien avec les perturbations alimentaires (Rorty, Yager, & Rosotto, 1994; Wonderlich, Brewerton, Jolic, Dansky, & Abbott, 1997; Wonderlich et al., 2001). Les liens entre l'abus émotionnel dans l'enfance comme forme particulière de traumatisme, et les perturbations alimentaires, ont quant à eux été ignorés jusqu'à tout récemment. À ce jour, seulement deux études ont examiné la pleine portée des relations entre l'abus émotionnel et les perturbations alimentaires (Kent, Waller, & Dagnan, 1999; Rorty et al., 1994). Ces deux études sont aussi abordées dans la thèse. À cet égard, il faut préciser les

difficultés à définir et à mesurer cette forme de traumatisme (O'Hagan, 1995). À l'origine de l'élaboration de cette thèse subsiste un intérêt à mieux comprendre les effets éventuels de la parole sur le corps, par l'étude plus particulière de l'abus émotionnel comme forme plus spécifique de traumatisme infantile. Il en découle une réflexion envers tout ce que des adultes croient ne pas dire, parce qu'ils le disent sans le savoir ou en croyant que l'enfant ne les entend pas.

L'objectif général de cette thèse est d'examiner les relations entre différentes formes de traumatismes infantiles – incluant plus spécialement l'abus émotionnel – et les perturbations alimentaires chez des étudiantes universitaires, en considérant le sentiment de culpabilité comme variable médiatrice psychologique. L'objectif spécifique de cette étude prend appui sur la perspective théorique soutenant la co-existence de sentiments de culpabilité chez plusieurs personnes souffrant de perturbations alimentaires, et explore le lien étiologique possible de ce sentiment de culpabilité avec les symptômes de ces personnes.

Suite à la présente introduction, le contexte théorique constitue le premier chapitre de cette thèse. Il présente d'abord les principaux désordres alimentaires et les données épidémiologiques les situant. Les bases développementales des relations entre le comportement alimentaire et l'affectivité sont ensuite amenées. Il permet ensuite d'introduire la section abordant une vue d'ensemble des traumatismes infantiles et de leurs liens avec les perturbations alimentaires. Cette dernière section comporte deux subdivisions, soit les liens unissant (1) les abus émotionnels infantiles et les perturbations alimentaires, et les liens entre (2) l'environnement familial, les abus

émotionnels infantiles, et les perturbations alimentaires. La section suivante articule les relations entre le sentiment de culpabilité et les traumatismes infantiles, et établit ensuite des relations entre ce sentiment et les perturbations alimentaires. Une autre section est consacrée à la différenciation entre les rôles modérateur et médiateur joués par les abus émotionnels infantiles. L'avant-dernière section du contexte théorique témoigne de la pertinence de la recherche. La dernière section se termine par la présentation des objectifs et des hypothèses de recherche.

L'aspect méthodologique fait l'objet du deuxième chapitre. Il fait état du devis de recherche, de la présentation des caractéristiques des participantes de l'échantillon, de la présentation des instruments de mesure, ainsi que des étapes constitutives du déroulement de la recherche. Le chapitre suivant concerne les résultats de la recherche et il est divisé en deux grandes sections, soit l'analyse des données, qui comprend des précisions sur le type d'analyse statistique effectuée, et la présentation des résultats, qui comprend l'appréciation des hypothèses de recherche en fonction des analyses réalisées.

Le quatrième et dernier chapitre présente quatre sous-sections. La première est une discussion en fonction des résultats obtenus concernant la soumission des hypothèses à l'épreuve empirique. La seconde analyse les retombées anticipées de la recherche. La troisième propose les forces et les limites de la recherche, et enfin la quatrième section fait état des principales suggestions pour les recherches futures.

La conclusion termine la thèse. Elle interpelle le lecteur sur la valeur et les particularités de l'étude réalisée. Un retour sur le sentiment de culpabilité y est effectué comme rôle médiateur entre le traumatisme infantile et les perturbations alimentaires.

Elle encourage d'autre part l'étude d'échantillons non cliniques et soulève l'importance de la prématurité des liens étroits entre les parents et l'enfant, avec leurs potentialités traumatiques. De là, elle soulève la question des jalons éducationnels pouvant aider l'enfant à respecter son corps, en prémunissant ainsi le risque de perturbations alimentaires ultérieures. Elle se termine sur l'apport paradoxal du traumatisme dans le développement humain et des questions éthiques et cliniques que cet aspect soulève.

Contexte Théorique

Troubles alimentaires

Données épidémiologiques

Un individu qui n'a pas vécu l'expérience d'un trouble alimentaire ou qui n'a pas connu une personne de sa famille ayant ce type d'affection va généralement en sous-estimer la manifestation dans sa complexité, son intensité et son envahissement. L'envahissement renvoie ici à la suspicion que la personne en vient à jeter sur sa vie intérieure et sur la contrainte qui en découle, en paralysant l'expression de sa liberté d'action. Selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10, 1992), les troubles alimentaires évoquent un ensemble de symptômes et de comportements cliniquement identifiables associés, dans la plupart des cas, à un sentiment de détresse et à un dérèglement du fonctionnement personnel.

En considérant des éléments cliniques et diagnostiques, le nombre de personnes affectées par un trouble alimentaire grave atteint des proportions importantes dans le monde occidental (Wardle & Watters, 2004). La prévalence de l'anorexie mentale franche chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans est de 0,3 % à 2 % (American Psychiatric Association, 1994; Eddy, Keel, Dorer, Delinsky, Franki, & Herzog, 2002; Walters & Kendler, 1995). En Occident, il y a environ 5 % des femmes qui présentent des symptômes d'anorexie mentale sans toutefois répondre à l'ensemble des critères diagnostiques (Kaplan & Sadock, 1998). La prévalence de la boulimie franche est de

1 % à 3 % (Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, & Kennedy, 1995; Kendler, Walters, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1995).

Le ratio femmes-hommes pour les troubles alimentaires est l'un des plus trompeurs en psychiatrie et en médecine (Andersen & Holman, 1997; Bramon-Bosch, Troop, & Treasure, 2000). Selon une perspective de psychologie différentielle, il semble aller de soi que le taux élevé de perturbations alimentaires chez les femmes, à l'instar de celui de la dépression (Solomon, 2002), est considéré comme pathologique, c'est-à-dire comme excessif et problématique. Toutefois, cette observation part implicitement du principe que le taux d'incidence très bas des perturbations alimentaires chez les hommes est celui qui constitue la norme de laquelle la pathologie alimentaire peut être mesurée chez les femmes. Nous pourrions ainsi apprécier l'influence de l'approche masculine en positionnant les taux apparemment bas de perturbations alimentaires masculins comme problématiques, inquiétants et nécessitant une clarification, au lieu de poser le problème des perturbations alimentaires féminines.

L'Association Américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association, 1994) avance que plus de 90 % des personnes qui souffrent actuellement d'un trouble alimentaire sont des femmes, bien qu'historiquement, les premiers écrits certifiés sur les conséquences de l'inanition aient été produits à partir d'observations et d'expérimentations faites sur des hommes (Benedict, Miles, Roth, & Smith, 1919; Franklin, Schiele, Brozek, & Keys, 1948; Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, & Taylor, 1950; Polivy, Zeitlin, Herman, & Beal, 1994). Le ratio femmes-hommes du syndrome de l'anorexie mentale varie de 2:1 (Wonderlich et al., 2001) à 10:1, parfois jusqu'à 20:1

selon d'autres auteurs (Alix Klein & Walsh, 2004). Pour la boulimie, il est de 2,9:1 (Wonderlich et al., 2001). La prévalence des hommes qui remplissent totalement ou partiellement les critères d'un trouble alimentaire (anorexie mentale et boulimie) varie de 0,3 % (tous les critères) à 2 % (partiellement) comparée à un taux variant de 2,1 % à 4,8 % chez les femmes (Wonderlich et al., 2001).

L'abord thérapeutique des problématiques alimentaires est difficile en raison des complications cliniques omniprésentes, ce qui rappelle l'efficacité de mécanismes inconscients ayant un effet de résistance et présents autant chez les patients que chez les thérapeutes (Garner, 1985; Hamburg & Herzog, 1990; Hughes, 1997; Latzer, Eysen-Eylat, & Tabenkin, 2000; Maloney & Farrell, 1980; Peterson, Crow, Nugent, Mitchell, Engbloom, & Mussell, 2000; Vidailhet, 1999). L'origine de ces mécanismes est encore peu étudiée, bien que l'enfance soit la période la plus propice à leur constitution (Bruch, 1975, 1988; Miller, 1983, 1986, 1991).

En considérant tout le continuum de l'enfance à l'âge adulte, les perturbations alimentaires représentent un véritable problème de santé publique (Agras, 2001; Devaud, Michaud, & Narring, 1994). Le risque léthal varie entre 4 % et 20 % pour l'anorexie et la boulimie confondues (Crow, Praus, & Thuras, 1999; Neumärker, 2000; Sullivan, 1995). La prise en charge hospitalière de ces désordres est également très dispendieuse (Agras, 2001) et soulève des questions éthiques épineuses, particulièrement dans les cas d'anorexie mentale (DeVillard, Maillet, Revol, Rochet, Desombre, & Gérard, 1999; Hébert & Weingarten, 1991; Kluge, 1991; Mitchell, Parker, & Dwyer, 1988; Roberts, 1992). Prenons pour exemple les cas d'alimentation forcée de patients

anorexiques, malgré leur refus à se nourrir. Il est curieux de faire le constat que le questionnement éthique n'ait pas encore dépassé le niveau de savoir si l'on doit ou non alimenter contre son gré une personne qui s'y oppose. À notre avis, les questions sont plutôt de savoir pourquoi, en dépit des avancées thérapeutiques, ces personnes continuent-elles ainsi de vouloir mettre un terme à leur existence. Pourquoi sont-elles de leur propre chef amenées à le faire, c'est-à-dire à refuser ces traitements? Ces traitements, peut-être abusifs, représentent peut-être en ce sens une réplique de processus relationnels abusifs déjà connus dans leur enfance qu'elles refusent maintenant de manière systématique.

Une revue de la documentation sur la mortalité dans les troubles mentaux indique que les troubles alimentaires sont associés à de hauts risques de mort prématurée (Harris & Barraclough, 1998). D'un point de vue clinique, le syndrome boulimique apparaît beaucoup moins létal que l'anorexie. On avance un taux de mortalité pour la boulimie aux alentours de 0,3 % (Keel & Mitchell, 1997). Parmi les patients anorexiques, les causes primaires de mortalité incluent le suicide et les effets directs de la faim, dont la cachexie extrême (Crisp, Callender, Halek, & Hsu, 1992). Pour la boulimie, les causes les plus communes de mortalité sont les accidents d'automobile et le suicide, l'impulsivité autodestructrice semblant ainsi être une disposition beaucoup moins réprimée chez ce sous-groupe d'individus ayant des perturbations alimentaires (Keel & Mitchell, 1997).

Il existe une relative homogénéité dans l'expression des symptômes et des manifestations des perturbations alimentaires. Un certain consensus s'est établi au fil du

temps dans la recherche scientifique et dans les milieux cliniques quant à la définition des ces désordres alimentaires.

Définitions

Un trouble alimentaire peut être défini comme une incohérence grave et persistante du comportement alimentaire ou un comportement intentionnel visant le contrôle du poids. Ces particularités affectent significativement la santé physique ou le fonctionnement psychosocial, et ne sont pas nécessairement secondaires à une condition médicale générale ou à un trouble psychiatrique (Wilson, Fairburn, Agras, Walsh, & Kraemer, 2002). Les troubles alimentaires sont communément subdivisés en trois formes, incluant l'anorexie mentale (type restrictif ou avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs), la boulimie (type avec vomissements ou prise de purgatifs ou sans vomissements ni prise de purgatifs), et les troubles alimentaires non spécifiés, dont le plus distinctif dans la documentation actuelle est l'hyperphagie boulimique. Des troubles substantiels sur le plan psychologique, social, et physiologique sont associés aux perturbations alimentaires. Il est difficile d'en dégager les facteurs qui résultent spécifiquement des perturbations alimentaires, des facteurs souvent présentés par des individus prédisposés, ou qui ont précipité ces individus dans ces perturbations (Alix Klein, & Walsh, 2004).

Anorexie mentale

Le mot anorexie signifie une perte d'appétit d'origine nerveuse, d'où son appellation *anorexia nervosa* dans la langue anglaise. Le mot est formé à partir du « a » privatif, devant *orexis* venant du grec *orektos* signifiant *tendu vers, appétit, désir* (Rey,

1992). Le mot anorexie est encore contesté dans la communauté scientifique car les personnes souffrant d'anorexie mentale, loin d'avoir perdu l'appétit, conservent au contraire une faim insatiable jusqu'à un état avancé de cachexie et de perturbation de leur comportement alimentaire.

En schématisant les critères diagnostiques formels du DSM-IV (1994; voir l'Appendice A), les trois caractéristiques principales de l'anorexie mentale sont un refus de maintenir un poids corporel à une valeur minimale normale, une peur intense de prendre du poids et une altération significative de la perception de la forme et de la taille de son propre corps (Kaplan & Sadock, 1998). Ce syndrome a été décrit pour la première fois simultanément dans la documentation médicale par William Gull en Angleterre et Ernest-Charles Lasègue en France, aux alentours de 1870. Le premier cas d'anorexie mentale recensé remonte à l'an 1500 par Simone Porta O. Portio (Kestemberg, Kestemberg, & Decobert 1972), voire au 13^e siècle avec les premières saintes canonisées pour leur pratique de jeûne (Andersen & Holman, 1997). Sans doute est-il important ici de faire la distinction entre le moment d'apparition historique du phénomène anorexique et son apparition dans le discours. Ces deux moments ne vont pas toujours de pair. Peut-être a-t-il toujours existé, et comme le font remarquer Eliacheff et Raimbault (1989), la propagation contemporaine de l'anorexie mentale coïnciderait davantage avec le moment où ce problème s'est inscrit dans le discours. Plusieurs auteurs, cités par Kestemberg et al. (1972), se sont intéressés à ce syndrome. Citons notamment Morton (1689), Gull (1868), Lasègue (1873), Janet (1908), Abraham (1916), et Fenichel (1929, 1955). L'anorexie mentale a été incluse comme entité

psychiatrique en 1952 dans la première édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM) par l'Association Américaine de Psychiatrie.

Boulimie

La boulimie provient du grec *boulimia* signifiant faim de bœuf, soit de *limos*, faim, et de *bous*, pour bœuf. La boulimie est le trouble alimentaire le plus fréquent, défini par la présence d'épisodes d'ingestion de grande quantité de nourriture, associée à une sensation de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise. Ces épisodes de frénésie alimentaire s'achèvent souvent par des douleurs abdominales et des nausées, et s'accompagnent de sentiments de culpabilité ou de dégoût de soi (Kaplan & Sadock, 1998). Par ailleurs, le nom de cynorexie est connu depuis l'Antiquité grecque comme un tableau pathologique caractérisé par une hyperphagie impulsive suivie de vomissements (Brusset, Couvreur, & Fine, 1997). Une étude de Stein et Laakso (1988) a permis de retrouver des mentions à la boulimie dans les dictionnaires médicaux, surtout chez les anglo-saxons, depuis le début du 17^e siècle. Le concept de boulimie a donc une histoire qui s'étend plus loin qu'il n'est d'usage de le reconnaître, soit depuis son entrée officielle dans les nomenclatures psychiatriques par Russell en 1979.

Le texte révisé de la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2000) a introduit un diagnostic provisoire, celui d'hyperphagie boulimique (*binge eating disorders*), référant à une catégorie diagnostique nécessitant des recherches subséquentes. Cité dans les articles scientifiques au début des années 1990, il se caractérise par des épisodes récurrents d'hyperphagie boulimique sans comportements compensatoires préjudiciables (comme

des vomissements autoprovocés) pour contrôler le poids (Alix Klein & Walsh, 2004). La prévalence de ce trouble est d'au moins 1 % (Wijbrand Hoek & van Hoeken, 2003).

Un grand nombre de personnes exhibent des comportements alimentaires problématiques pouvant justifier le diagnostic d'un trouble alimentaire. Selon la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2000), ces personnes peuvent être diagnostiquées comme ayant un trouble alimentaire non spécifié ou un trouble alimentaire atypique, c'est-à-dire des troubles qui, bien que s'apparentant aux entités diagnostiques spécifiques, n'y répondent pas entièrement.

Pour les besoins de la présente étude, l'appellation « perturbations alimentaires » a été privilégiée. Elle est empruntée aux ouvrages d'Hilde Bruch (1973, 1975, 1988). La formule est sans équivoque quant au sens. Elle a l'avantage de signaler que le comportement alimentaire est très particulier ou problématique. Elle fait référence à la fois à l'anorexie mentale, la boulimie, et l'hyperphagie boulimique. Cette appellation est favorisée en lieu et place de l'appellation « troubles alimentaires ».

En utilisant auprès de notre échantillon un test de dépistage avec une échelle graduée de type Likert (*Eating Attitudes Test*), l'approche utilisée dans cette thèse pour évoquer l'existence de perturbations alimentaires réfère à un continuum : une perturbation alimentaire peut être soupçonnée à partir d'un certain seuil. Par ailleurs, une autre approche peut aussi être dichotomique, une perturbation alimentaire devenant systématiquement patente sitôt que la présence ou l'absence de critères précis est respectée, comme c'est le cas dans le modèle diagnostique psychiatrique se référant au

DSM-IV. Ce dernier modèle psychiatrique n'est toutefois pas appliqué chez les participantes de cette recherche.

Une des caractéristiques frappantes pour toutes les formes de perturbations alimentaires est de constater à quel point les comportements de diète sont imperméables à toute forme de raisonnement une fois qu'ils sont enclenchés. Pour Von Klitzing et Lutz-Latil (2003), et surtout pour Bruch (1988), cette imperméabilité à la raison révèle qu'il y a eu un traumatisme antérieur, lequel a entraîné un afflux de stimulations dépassant les capacités du moi de l'enfant à les traiter et à les intégrer psychiquement. Selon Nassikas (2003), ces processus traumatiques laissent des résidus refoulés qui ont tendance à se figer et à se répéter au travers de divers symptômes.

Les attitudes singulières de ces personnes envers la nourriture et leur corps demeurent une véritable énigme si l'effort n'est pas fait de comprendre au-delà de ce qui est observé. En clinique, on décèle au travers de leurs comportements alimentaires une telle impuissance qu'elle paraît indicible. Cette impuissance semble exprimer, dans l'ici et maintenant, l'irruption d'un ailleurs et jadis remontant à une époque d'impuissance révolue de leur vie. Un détour doit donc être fait en remontant à l'origine présumée de cette impuissance dans les liens tissés entre la nourriture, le comportement alimentaire, et l'affectivité.

Comportement alimentaire et affectivité

Le but de cette thèse est de comprendre au-delà de l'absurdité apparente des comportements alimentaires perturbés. Dans la mesure où ce qualificatif d'absurdité

utilisé par Miller (1984)⁵ renvoie à ce qui ne s'entend pas (*ab-surdité*), nous pouvons nous demander à quel moment les personnes présentant des perturbations alimentaires n'ont-elles pas été entendues, ou mal entendues. Pour répondre à cette question, il faut attirer l'attention sur l'enfance et les besoins affectifs qui y sont associés. C'est durant cette période de la vie, selon les hypothèses développées dans cette thèse, que les besoins affectifs sont le plus susceptible d'être ignorés. La surdité aux besoins affectifs de l'enfant risque de l'enfermer tôt ou tard dans des comportements absurdes. S'il ne peut être entendu dans ses besoins fondamentaux, il se retrouve dans l'impossibilité de les légitimer et de les combler de manière appropriée. Dès lors, combler un besoin légitime peut devenir culpabilisant. De manière plus spécifique, c'est considérer le fait que les émotions et le comportement alimentaire cheminent main dans la main, dès l'aube de la vie (Canetti, Bachar, & Berry, 2002; Dodd, 2004).

Dès l'aube de la vie donc, que reste t-il à ce nouveau-né pour exprimer sa douleur sinon que le cri et de manière plus manifeste, le refus de nourriture? En quoi cette dernière modalité d'expression ne pourrait-elle pas se déployer de nouveau à d'autres moments de la vie humaine sous la contrainte de sentiments précis? Telles furent-là les questions qui guidèrent les bases de nos orientations de recherche.

Des données cliniques permettent de constater la précocité de la capacité humaine de sentir et de souffrir dès le sein maternel (Gauvain-Piquard & Pichard-Léandri, 1989). Ces données font aussi état de la propension du bébé à vivre des douleurs ressenties comme l'éternité, car il ne peut se projeter dans un avenir qui pourrait mettre un terme à

⁵ « Tout comportement absurde a son origine dans la petite enfance » (Miller, 1984, p. 157). Citation énoncée au début de l'introduction de cette thèse (p. 3).

celles-ci. Basset (1996) fait remarquer que les progrès réalisés en néonatalogie, de même qu'en pédiatrie et en psychologie infantile, ont fait prendre conscience des besoins du nouveau-né et de ce qu'il pouvait vivre de douloureux ou d'insupportable. Gauvain-Piquard et Meignier (1993) précisent que la négligence témoignée face à la douleur de l'enfant demeure aujourd'hui un phénomène itératif. Ils estiment qu'à peine 1 % des douleurs est véritablement combattu. Ils précisent que « dans le plus gros manuel de pédiatrie en langue française actuellement existant (4624 pages), le mot *douleur* ne figure pas au sommaire » (p. 58 et 63).

À l'origine de l'insertion de la présente sous-section, traitant des liens entre le comportement alimentaire et l'affectivité, se trouve le désir d'éclairer les effets du processus des premières interactions entre la vie émotive du bébé et de son rapport à la nourriture, sur sa vie psychique ultérieure. En effet, l'énergie déployée en général dans les milieux médicaux et scientifiques pour minimiser la souffrance « normale » associée à ces premières interactions apparaît un indice de la souffrance portée en nous-mêmes à notre insu (Basset, 1996). Il n'y a qu'à observer comment les pleurs d'un nouveau-né refusant obstinément la nourriture qu'on lui porte peuvent provoquer – pour prendre des réactions limites – soit de l'exaspération, soit une profonde compassion suivant le degré de conscience et d'acceptation, au fond de soi, du rôle intermédiaire de l'aliment pour exprimer l'indicible.

Samuel-Lajeunesse et Foulon (1994) expliquent que l'acte de consommation alimentaire présente une « particularité irréductible » (p. 10), un caractère d'intimité absolu. Consommer un aliment implique que celui-ci doit pénétrer dans l'enveloppe

corporelle. En latin, *intimité* est le superlatif de *interior* : l'incorporation de l'aliment est en ce sens l'apogée de l'intimité.

Des auteurs comme Canarella, Marcelli, et Gaspard (1981), Abraham et Torok (1978), ainsi que Harrus-Révidi (1997), ont bien documenté le fait que si la respiration est la vie elle-même, l'acte de téter, qui est la première activité du bébé, investit la bouche comme premier lieu d'échange entre soi et le monde. Pour Winnicott (1958, 1960), cet acte inscrit l'enfant dans une différenciation progressive de sa psyché, mais en fonction des ajustements opérés par l'entourage. Tous ces auteurs insistent sur le caractère originel de l'interdépendance entre l'affectivité et le comportement alimentaire, laquelle rend ces liens particulièrement vulnérables et potentiellement traumatiques.

Les écrits de Bruch (1975), Freud (1962), Guillemot et Laxenaire (1993), ainsi que de Klein (1978), ont permis d'accroître l'acuité des chercheurs sur le fait que dès très tôt dans la vie, la nourriture se confond d'abord affectivement et émotionnellement avec la personne dispensatrice des soins. Vasse (1983) discerne que l'enfant ne peut alors comprendre ni satisfaire ses besoins, et qu'il peut les vivre comme une désintégration de lui-même : le moi peut « imploser », souligne cet auteur, en risquant de livrer le corps de l'enfant au chaos de ses fantasmes.

D'après Goodsitt (1977, 1983, 1985), le processus de différenciation des émotions suscitées chez l'enfant dans ces échanges affectifs, dont la nourriture est l'essence, peut ne pas parvenir à maturité au cours des étapes ultérieures de développement. Selon cet auteur, la fonction alimentaire risque de se maintenir dans une conflictualité

émotionnelle. Selvini-Palazzoli (1978) avance que ce fait est susceptible d'entraîner chez l'enfant une scission entre son moi et son corps, d'où le potentiel de confusion traumatique pour lui entre la nourriture, son corps et ses émotions.

Plusieurs écrits de Dolto (1984, 1985; Dolto & Nasio, 1992) décrivent schématiquement comment un bébé, lorsqu'il tète, se plonge dans les yeux de sa mère, les yeux de sa mère et son estomac, ne faisant qu'un. Il regarde les yeux de sa mère et en même temps que les yeux de sa mère, il regarde son estomac. À cette époque de la vie, lorsque l'enfant est concentré sur son corps, ou dans une souffrance ou dans un plaisir, précise l'auteure, tout ce qu'il regarde est à l'intérieur de lui : le bébé regarde à l'intérieur de lui-même, et son plaisir ou déplaisir avec sa mère.

Dans la foulée des observations de Dolto, Dumas (1989) a exposé les travaux du chercheur américain Marshall Haith, qui travaille au Laboratoire de Psychologie du Développement de Denver. Haith a étudié les mouvements de l'œil du bébé face au visage de sa mère, lorsque celle-ci lui parle. Il a observé qu'à partir de la sixième semaine, le bébé se fixe sur la partie la plus mobile du visage de la mère. Et lorsque celle-ci lui parle, le bébé ne fixe pas sa bouche qui bouge et d'où sort le son, comme s'y attendait Haith, mais il fixe intensément sur l'un de ses yeux. Il se passe la même chose lorsque la mère nourrit l'enfant, lequel peut ainsi percevoir l'émotion particulière de la mère avec lui, en se mirant dans ses yeux. C'est ce qui fait dire à F. Dolto que le corps de l'enfant est le langage de l'histoire de ses parents. Son image du corps se construit en relation interactive dynamique avec l'image du corps de ses parents. Cette image du corps se construit d'abord en miroir. L'autre est comme un miroir dans lequel l'enfant

puise les matériaux nécessaires à sa construction mentale. Pour cette auteure, l'image du corps n'est pas le corps, elle est le corps allant vers un autre corps. Elle se situe non pas à l'intérieur du sujet, mais dans l'intervalle, dans l'entre-deux qui relie deux sujets l'un à l'autre.

Selon Vasse (1983), les mots prononcés par la mère (ou toute personne maternant l'enfant) signifient pour le bébé son corps. Le bébé devient corps de langage, d'où le double bénéfice d'une satisfaction pulsionnelle de la faim et d'une ouverture dans la parole : là où disparaît l'objet – le lait – en même temps que disparaît la faim, apparaît la dimension de la rencontre. Dans ce fragile processus apparaît aussi une genèse potentielle de relations traumatiques où nourriture et lien affectif s'entrecroisent et continueront de le faire très intensément durant l'enfance et l'adolescence. Cette dernière période, l'adolescence, est propice à la résurgence des traumatismes infantiles sous forme symptomatique et de perturbations alimentaires (Chasseguet-Smirgel, 1991; Huon & Lim, 2000; Jeammet, 1993; Kestemberg et al., 1972; Meilleur, 1997).

Miller (1983) et Selvini-Palazzoli (1978) remarquent que l'adulte prenant soin de l'enfant garde ainsi l'antériorité de l'interprétation des besoins de l'enfant. Selon d'autres auteurs (Bruch, 1962, 1975; 1988; Brusset, 1991, 1993; Crips, 1980, 1984; Garner & Garfinkel, 1985; Goodsitt, 1985; Jeammet, 1993; Kestemberg et al., 1972; Searles, 1969; Selvini-Palazzoli, 1978), des conséquences peuvent résulter de difficultés d'adéquation en n'importe quel point de ces premières interactions. Lorsque les besoins de l'enfant affleurent sa conscience, par les effets d'une frustration prolongée par exemple, il peut se trouver brusquement désarmé.

C'est ainsi que Miller (1983) conçoit que la relation d'objet précède toute internalisation. Sur le plan psychique, cette considération renvoie à l'image spéculaire du corps (Schilder, 1968), c'est-à-dire l'autre avant moi, ou en d'autres termes, c'est à partir de l'autre qu'advient le moi. Miller (1986) met en évidence que le traumatisme de l'enfant passe toujours d'abord par « l'autre », par la parole de l'adulte qui blesse et humilie l'enfant, qui en préservera l'empreinte traumatique toute sa vie. Selon Dumas (1989), le bébé s'imprègne du regard posé sur lui, et aussi de l'affect de la personne posant ce regard. Lorsque l'enfant se regarde dans un miroir, cet objet lui renvoie certes une image, mais celle-ci est déjà une image parlée antérieurement par les paroles entendues par les personnes significatives pour lui⁶.

Bruch (1975) souligne ainsi que l'enfant se trouve déjà, au moment où il est le plus vulnérable, inscrit dans l'obligation de préserver un certain équilibre, même instable, avec les gens dont il dépend entièrement. Miller (1983) précise que dans ce contexte de promiscuité physique et psychique, de même que d'intensité émotionnelle surtout, l'enfant s'expose à souffrir de l'intériorisation d'un conflit psychique présent chez le parent à son égard, et ce, face à la satisfaction de ses besoins les plus légitimes.

Bruch (1973, 1975) soutient que les symptômes psychologiques et comportementaux associés aux perturbations alimentaires représentent le souvenir d'un état de « confusion relationnelle primitif ». Selon Bruch (1962, 1975, 1988), le conflit central dans les perturbations alimentaires serait renforcé du fait que les personnes qui en sont affectées semblent avoir un accès plus limité à leur vie émotionnelle, parce

⁶ Les travaux de Cyrulnik (1983, 1997) démontrent aussi que dès sa naissance, le monde d'un bébé est structuré par la figure d'un autre.

qu'elles sont dominées par elle. Bruch (1985), de même que Kucharska-Pietura, Nikolaou, Masiak et Treasure (2004), pensent que cette confusion relationnelle précoce subsiste ou réapparaît au cours de la vie sous la forme de perturbations alimentaires chez des personnes prédisposées. Bydlowski, Corcos, Consoli, Paterniti, Laurier, et Chambry (2002) ont d'ailleurs étudié empiriquement que les personnes affectées par des perturbations alimentaires présentent des difficultés de mentalisation⁷. Dethieux, Hazane, Dounet, Gentil, et Raynaud (2001), Guilbaud, Corcos, Chambry, Paterniti, Loas, et Jeammet (2000), ainsi que Krystal (1987), insistent sur deux composantes centrales dans les perturbations alimentaires : l'alexithymie⁸ en lien avec l'anhédonie physique pourraient être conséquentes d'un traumatisme infantile massif.

Ces perturbations alimentaires se dévoilent généralement à la puberté (Birraux, 1990; Bruch, 1988; Brusset, 1991; Crips, 1980, 1991; Garner & Garfinkel, 1985; Herzog, Deter, & Vandereycken, 1992; Jeammet, 1984, 1989, 1991; Orbach, 1986; Plaut & Hutchinson, 1986; Romeo, 1986), et ce, en réponse à l'impact de facteurs précipitants (Hetherington, 2000). Elles représentent pour l'individu un non-sens (Mejia & Ansermet, 2000), d'où leur caractère traumatisant. La personne devient piégée dans une fixation à ses symptômes, ce qui ne signifie pas qu'elle n'en ait pas conscience.

⁷ Lecours et Bouchard (1997) précisent que la mentalisation est un terme utilisé par les psychologues et les psychanalystes développementaux pour désigner un processus au cœur du fonctionnement social et de la régulation de soi. Elle nécessite l'établissement de liens solides et constructifs entre les expériences précoces et leur représentation. Une mentalisation plus élaborée, quelques fois appelée « réflexive », est liée à l'attachement, dans la mesure où la personne dispensant les soins est attentive aux états mentaux de l'enfant, attitude clé dans la médiation de l'attachement. Inversement, il est connu que la maltraitance détériore la capacité réflexive de l'enfant (p. ex., Beeghly & Cicchetti, 1994).

⁸ Krystal (1987) et Guilbaud et al. (2002), entre autres, empruntent à Taylor, Bagby et Parker (1991) leur définition de l'alexithymie, laquelle est présentée dans cet article comme un déficit cognitivo-affectif caractérisé principalement par une difficulté à identifier les émotions et à les distinguer des sensations physiques qui accompagnent l'affect, une difficulté à communiquer ses émotions à autrui, une capacité de fantasmatisation appauvrie et une pensée concrète orientée vers l'extérieur.

Au sujet de cette conscience des processus symptomatiques, Guillemot et Laxenaire (1993) soulèvent la question : comment accepter de dépendre de processus mentaux, dont on peut avoir conscience à certains moments, qu'ils sont perturbés, pathologiques et sans prise sur la réalité? Une grande partie de la psychiatrie fonde sa discipline sur cette faille. Vue sous l'angle des perturbations alimentaires, cette faille prend beaucoup d'acuité. Plusieurs auteurs (Hayaki, Friedman, & Brownell, 2001; Passelecq, 1996; Vialettes, 2001) reconnaissent que les personnes présentant des perturbations alimentaires vivent de manière symptomatique une dépendance intense et conflictuelle reliée à la maîtrise de leur corps et de leurs émotions.

Dans la mesure où les émotions s'enracinent dans le corps, tel que le soutient Damasio (2002), ce conflit où le corps et les émotions s'entremêlent, est au cœur des perturbations alimentaires. Asservir à tout prix le corps pour contrôler l'émotion et éviter de dépendre d'autrui s'avèrent des issues économiques pour neutraliser l'expérience émotionnelle pénible. Cette emprise émotionnelle, très caractéristique chez les personnes présentant des perturbations alimentaires, surtout chez les anorexiques (Steiger, Jabalpurwala, Champagne, & Stotland, 1997), est reconnue sur un plan théorique (Bruch, 1973, 1988; Brusset, 1993; Crisp, 1984; Garner & Garfinkel, 1985; Jeammet, 1985, 1990; Selvini-Palazzoli, 1978).

Corcos (2000) souligne que la prise en compte de ses propres émotions serait altérée dans les perturbations alimentaires. D'après cet auteur, ou bien les perceptions corporelles ne semblent pas pouvoir s'accorder à un affect, ou bien les impulsions corporelles indifférenciées ne permettent pas que l'affect s'élabore en perception

reconnaissable, puis en représentation. Jeammet (1997), entre autres, considère que les perturbations alimentaires pourraient être appréciées comme des comportements de dépendance, dont la finalité serait de réguler les émotions de la personne.

On le constate, le comportement alimentaire et l'affectivité présentent des liens étroits, le plus souvent au sein de l'environnement familial précoce où se structure une partie importante du développement de l'enfant. Les modèles de compréhension, s'appuyant sur le rôle du stress dans l'environnement familial comme une partie causale dans le cadre multifactoriel des perturbations alimentaires, sont proposés par des auteurs comme Lacey (1986) et Slade (1982). Il a été démontré que d'autres influences socioculturelles peuvent aussi jouer un rôle abusif (Guillemot & Laxenaire, 1993). Le travail de Philips et Hill (1997) sur l'influence des pairs a en ce sens suggéré que l'intimidation et les taquineries provenant des autres enfants peuvent être un important facteur dans l'attitude de la victime envers son corps et son poids. Alors qu'il s'agit d'un champ relativement inexploré, il est important de se rappeler que les expériences émotionnelles abusives peuvent être inférées à partir de comportements d'autres personnes, non seulement de la famille. Néanmoins, dans la documentation traitant des environnements familiaux de patients présentant des perturbations alimentaires, plusieurs observations peuvent être interprétées comme établissant le concept d'abus émotionnels infantiles et de ses impacts. La section suivante permet de présenter une vue d'ensemble des traumatismes infantiles en lien avec les perturbations alimentaires.

Traumatismes infantiles et perturbations alimentaires

Des recherches empiriques suggèrent que l'adversité dans l'enfance peut contribuer au développement de perturbations alimentaires (Grilo & Masheb, 2002; Schmidt, Tiller, Blanchard, Andrews, & Treasure, 1997). En effet, les individus souffrant de perturbations alimentaires sont plus susceptibles de rapporter différentes formes de maltraitance dans l'enfance que les personnes exemptes de telles perturbations (Connors & Morse, 1993; De Groot & Rodin, 1999; Fairburn et al., 1997). Ces individus peuvent aussi rapporter plus fréquemment des adversités chroniques ou épisodiques dans l'enfance (Horesh, Apter, & Lepkifker, 1995; Schmidt, Humfress, & Treasure, 1997; Tropp & Treasure, 1997; Welch, Doll, & Fairburn, 1997), ainsi que des relations problématiques avec leurs parents (Calam, Waller, & Slade, 1990; Fairburn et al., 1997; Horesh, Apter, Ishai, Danziger, Miculincer, & Stein, 1996; Kendler, Walters, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1995; Rorty, Yager, Rossotto, & Buckwalter, 2002; Steiger, Van der Feen, Goldstein, & Leichner, 1989; Wonderlich, Ukestad, & Perzacki, 1994).

Dans un travail exhaustif sur le sujet, Julien (2001) souligne que les recherches faisant état de la contribution de différentes formes de traumatismes infantiles dans le développement de perturbations alimentaires ont augmenté ces dernières années, mais avec des résultats contradictoires (De Groot & Rodin, 1999; Neumark-Sztainer et al., 2000; Rorty & Yager, 1996; Schmidt, Humfress, & Treasure, 1997; Wonderlich et al., 2001). Plusieurs recherches suggèrent des liens causaux entre les traumatismes infantiles, spécialement les abus sexuels, et le développement subséquent de perturbations alimentaires (De Groot & Rodin, 1999; Neumark-Sztainer et al., 2000;

Rorty & Yager, 1996; Schmidt, Humfress, & Treasure, 1997; Wonderlich et al., 1997). D'autres auteurs soulignent la complexité de la médiation de ces liens causaux, c'est-à-dire par quels processus psychologiques spécifiques des traumatismes infantiles donnent naissance à des perturbations alimentaires subséquentes (Cole & Putnam, 1992; Root & Fallon, 1989). D'autres chercheurs estiment par ailleurs que les liens établis entre les traumatismes infantiles et les perturbations alimentaires sont faibles (Connors & Morse, 1993; Pope & Hudson, 1992). La recherche dans ce domaine est compliquée par des problèmes méthodologiques, incluant les difficultés de définition des différentes formes de traumatismes infantiles et de données précisant la période spécifique du début et de la durée des expériences traumatiques. D'autres difficultés méthodologiques sont aussi rencontrées, comme les limitations inhérentes aux questionnaires d'auto-évaluation concernant les données rétrospectives.

Toutefois, une vision intégrative se dessine et ouvre un champ de réflexions théoriques et empiriques très intéressant dans ce domaine. Elle inclut les perspectives étiologiques des perturbations alimentaires et la compréhension des patterns de réponses des victimes de traumatismes. Cette vision permet aux chercheurs d'étudier le chevauchement des mécanismes que peuvent avoir en commun les enfants ayant survécu à des traumatismes infantiles et les personnes ayant des perturbations alimentaires.

Cette vision a permis de mettre en évidence l'impact négatif des différentes formes d'abus infantiles sur l'estime de soi, le sentiment d'autonomie, l'identité, la confiance interpersonnelle, et le sentiment d'efficacité personnelle. Tous ces paramètres cliniques sont retrouvés parmi les caractéristiques des personnes avec des perturbations

alimentaires (Kearney-Cooke & Striegel-Moore, 1994; Root & Fallon, 1989; Streigel-Moore, 1993).

L'observation des processus psychologiques en jeu chez les personnes traumatisées et celles ayant des perturbations alimentaires a mené à la discrimination, pour ainsi dire, du facteur affectif et émotionnel comme élément d'étude important. Les travaux effectués par Briere (1992a), Herman (1992), Klitzing et Lutz-Latil (2003), McCann et Perlman (1990), Mutombo, Jambou, Hannoir, Bourgain, et Miles (2003), ainsi que Nassikas (1986, 2003), montrent que les réponses à un traumatisme infantile accablant offrent une explication possible aux mécanismes pour comprendre les conditions qui peuvent précipiter des individus à développer des perturbations alimentaires à l'adolescence ou à l'âge adulte. Dans leur discussion sur les séquelles traumatiques, tous ces chercheurs consacrent un effort considérable dans l'exploration de nombreux affects et de comportements symptomatiques. Ces affects et comportements sont vus comme des adaptations compréhensibles à des traumatismes désorganisant, particulièrement quand ces expériences sont survenues en très bas âge.

Selon Julien (2001), la position générale de ces auteurs est que l'enfant, confronté à des événements menaçant sa sécurité personnelle en violant son sentiment d'intégrité, devient limité dans le développement de ressources avec lesquelles il pourrait intégrer la confusion de ces expériences. La réponse de l'enfant au traumatisme est nécessairement un moyen primitif qui fournit temporairement un soulagement à la souffrance et à la peur. C'est ainsi que chaque tentative pour faire face au traumatisme implique souvent une fuite dans la fantaisie, des activités répétitives, des états dissociatifs ou des

comportements désordonnés visant à détourner l'attention de la situation douloureuse ou de l'émotion intense, pour s'engourdir soi-même de cette insupportable expérience. Ces derniers mécanismes de réponses surviennent essentiellement à la suite d'abus sexuels et physiques, alors que ceux résultant d'abus émotionnels ont été très peu explorés jusqu'à présent. Néanmoins, si ces premières stratégies « d'adaptation » se poursuivent (fantaisie, activités répétitives, états dissociatifs ou comportements désordonnés), advenant un abus chronique ou parce que l'enfant n'est pas capable de déployer des habilités cognitives et interpersonnelles appropriées, ces comportements adaptatifs primaires deviennent inadaptés, perpétuant des perceptions et des réponses primitives et empêchant une compréhension plus mature de la réalité.

Les auteurs susmentionnés décrivent bien les mécanismes initiaux de réponses à un traumatisme précoce, mais ils ne fournissent aucune explication précise concernant l'articulation entre ces mécanismes et le fait qu'ils peuvent précipiter des individus à développer des perturbations alimentaires. Sur ce dernier point, c'est-à-dire la médiation d'un lien entre des traumatismes précoces et des problèmes alimentaires subséquents, leur réflexion est lacunaire et doit être prolongée dans un cadre plus spécifique. C'est notamment à partir de cette lacune que la présente recherche doctorale expérimente un modèle plus englobant du traumatisme infantile en lien avec les perturbations alimentaires.

Une personne n'a pas deux façons de réagir sensiblement sous un choc, et sa réaction sensible qui en accuse la violence n'enregistre pas la qualité de la cause qui l'a produite. D'un point de vue clinique, Mejia et Ansermet (2000) soulignent que le

traumatisme ne peut donc être défini qu'à partir de ses effets. Ils précisent que l'événement traumatique n'est pas cause matérielle : la question de savoir ce qui fait traumatisme est spécifique à chaque cas. Pour Nassikas (2003), une des conditions essentielles de ce qui fait ou non traumatisme, c'est l'isolement de l'individu en train de vivre une expérience de grande détresse. Ainsi, la notion de traumatisme est consubstantielle, soit de la destruction partielle ou totale du lien du sujet avec les autres, soit des difficultés de liaison du dedans psychique avec le dehors relationnel. Le traumatisme est en définitive un événement non désiré, donc sans liaison et complètement aliénant.

Dans la terminologie du traumatisme, on retrouve implicitement la notion « d'effraction » traumatique. Le mot effraction appartient originellement au langage juridique. Il définit, selon le code pénal, « tout forcement, rupture, dégradation, démolition, enlèvement de murs, toits, planchers, portes, fenêtres, serrures, cadenas ou autres ustensiles ou instruments servant à fermer ou à empêcher le passage et de toute espèce de clôture, quelle qu'elle soit » (Rey, 1992). C'est donc un acte violent⁹, désignant une pénétration en force dans un espace privé. Selon Sibertin-Blanc et Vidailhet (2003), une fois ces bornes franchies, il n'y a plus de limites et tout devient possible pour satisfaire les pulsions destructrices de l'offenseur. L'étymologie du mot renvoie au latin *effringere* (ex-frango), c'est-à-dire « enlever quelque chose après l'avoir brisé », mais aussi « mettre en fragment après avoir fracturé ». Rey (1992) précise que

⁹ Le mot viol est partie intégrante du mot *violence*. Dans tout traumatisme, il y a donc un viol de l'intégrité de la personne qui en est victime.

ces mots dériveraient, comme le gothique brikan « briser » (en anglais *to break*, en allemand *brechen*) d'une racine indo-européenne *bhreg* « briser ».

Sibertin-Blanc et Vidailhet (2003) relèvent que la notion d'effraction devient métaphore lorsqu'elle est appliquée à la vie psychique. Elle indique qu'une blessure par pénétration a été commise par un agent externe. Cet agent a brisé l'enveloppe protectrice corporelle ou psychique, et a aussi et surtout détruit ou altéré la substance intérieure. Peu importe l'événement originaire, il parvient à démolir l'intégrité de l'enfant par des fantasmes morcelants, des affects ou des représentations pénétrantes qui endommagent son image du corps, en s'emparant de sa pensée dans l'effroi et la sidération. Non seulement y a-t-il intrusion, mais aussi atteinte à l'être dans la stricte intimité de son monde interne. L'agent traumatisant à l'origine de la rupture traumatique n'a pas seulement franchi la frontière psychique, il s'y est installé, imposant sa présence et sa loi.

L'affermissement des idées au sujet des traumatismes infantiles et des perturbations alimentaires a amené une vision des abus infantiles à l'intérieur d'un modèle de stress-vulnérabilité. Par exemple, Rorty et Yager (1993) ont proposé que toutes les expériences d'abus infantiles constituent une violation des frontières, laquelle mettrait ainsi en place les fondations pour le développement ultérieur de difficultés psychologiques. Rorty et Yager (1993) ont suggéré que de telles expériences prédisposaient les personnes aux psychopathologies (incluant les perturbations alimentaires) en endommageant le concept de soi et en réduisant les habiletés à transiger avec des émotions fortes. Cette vulnérabilité peut interférer avec le tempérament, les

dysfonctionnements familiaux et différents facteurs environnementaux, conduisant dans plusieurs cas à des perturbations alimentaires. Rorty et Yager (1993) avaient inclus toutes les formes d'abus dans leur travail, de la plus dramatique à la plus subtile. Cependant, leur recherche n'émet pas de conclusions sur l'importance relative des formes spécifiques d'abus et sur de subséquentes perturbations alimentaires.

La plupart des travaux empiriques montrent que les processus émotionnels et affectifs apparaissent fondamentaux comme étiologie dans les psychopathologies. Toute forme d'abus émotionnel est donc susceptible d'affecter ces processus. C'est pourquoi l'abus émotionnel est une forme de traumatisme nécessitant davantage d'investigations empiriques, particulièrement dans les perturbations alimentaires. Les recherches examinant le rôle des abus émotionnels infantiles en tant que forme de traumatisme unique dans les perturbations alimentaires sont toutefois rares et récentes. Très peu d'études sur les perturbations alimentaires ont considéré l'abus émotionnel infantile, et aucune n'a centré exclusivement son attention sur cette forme spécifique d'abus traumatique. Son repérage devient capital auprès des personnes souffrant de perturbations alimentaires.

Abus émotionnels infantiles et perturbations alimentaires

Il faut attendre la fin des années 1980 pour que les chercheurs examinent le rôle de l'abus sexuel et de l'abus physique dans les perturbations alimentaires et pour qu'ils commencent ainsi à considérer l'abus émotionnel. Par exemple, Root et Fallon (1989) avaient signalé les limites des études centrées sur les abus sexuels et physiques, tout en suggérant que la boulimie, par exemple, pouvait avoir la même fonction de régulation

(p.ex. de transiger avec des sentiments comme la colère et l'impuissance) pour les personnes ayant vécu des expériences d'abus émotionnel. Les chercheurs ont maintenant amorcé des tentatives pour évaluer plus directement les abus émotionnels infantiles. Seules deux études ont examiné les relations entre les expériences infantiles d'abus émotionnel et les perturbations alimentaires.

Dans la première de ces deux études effectuées par Rorty, Yager, et Rosotto (1994), un échantillon de personnes souffrant de boulimie a rapporté un plus haut taux d'abus émotionnel et d'abus physique que les personnes du groupe contrôle. Rorty et al. (1994) sont arrivés à d'autres conclusions importantes basées sur leurs découvertes. Premièrement, ils ont montré que les études qui se concentraient uniquement sur une forme d'abus (sexuel, physique ou émotionnel) pouvaient manquer de discriminer des interactions plus subtiles entre ces différentes formes d'abus. Deuxièmement, ils ont relevé que différentes expériences d'abus peuvent se combiner de manière additive (ou être en interaction). Ainsi, les femmes ayant vécu seulement de l'abus physique peuvent présenter moins de vulnérabilité psychologique que si elles ont subi de l'abus physique et émotionnel. Troisièmement, ils proposent que les recherches futures étendent le concept d'abus émotionnel en y incluant davantage de formes passives, comme le rejet. Finalement, Rorty et al. (1994) recommandent de porter attention au prix psychologique que paient les personnes qui en sont victimes, et ce, selon le type d'abus commis.

La seconde étude de Kent et al. (1999) a examiné les relations entre quatre formes d'abus rapportées dans l'enfance (abus physique, abus sexuel, abus émotionnel, négligence émotionnelle) et les perturbations alimentaires, à l'aide du *Child Abuse and*

Trauma Scale CATS (Sanders & Becker-Laussen, 1995), auprès d'un échantillon non clinique de 236 femmes. Les définitions qu'ils donnent de ces abus sont largement dictées par les conceptualisations opérationnalisées dans le CATS : l'abus sexuel infantile est défini comme toute expérience sexuelle avec un adulte (pas nécessairement un parent) qui survient avant l'âge de 14 ans. Cette définition inclut aussi le fait d'être témoin de l'abus sexuel traumatique d'un autre membre de la famille. La définition de l'abus physique infantile comprend des raclées imprévisibles, des punitions aussi sévères qu'inexpliquées, et (plus généralement) une atmosphère familiale stricte et inflexible. L'abus émotionnel infantile est quant à lui défini comme des comportements parentaux qui sont perçus comme ridiculisants, insultants, menaçants, blâmants, et de nature imprévisible. Finalement, la négligence est généralement définie comme une expérience de solitude, souvent accompagnée de sentiments où l'enfant se sent mal aimé et non digne d'intérêt pour autrui, tout en se sentant largement responsable des besoins des autres.

À l'intérieur des relations entre ces quatre types d'abus, Kent et al. (1999) ont considéré trois variables médiatrices potentielles, soit la dépression, l'anxiété et la dissociation, et une variable modératrice, l'âge du début des abus. Une analyse de régression multiple a été utilisée pour tester les associations, aussi bien pour les variables médiatrices que pour la variable modératrice. Les résultats indiquent que toutes les formes d'abus infantiles, excepté l'abus sexuel, sont indépendamment reliées aux perturbations alimentaires (l'abus sexuel avec un $r = 0,123$, $p < 0,01$; l'abus physique avec un $r = 0,190$, $p < 0,01$; la négligence avec un $r = 0,187$, $p < 0,01$), mais que l'abus

émotionnel prédit de manière plus fiable ($r = 0,241$, $p < 0,001$) les perturbations alimentaires chez les adultes. Ils ont aussi noté que l'anxiété et la dissociation apparaissent comme des médiateurs faisant la relation entre les abus émotionnels infantiles et les perturbations alimentaires chez les adultes, ces facteurs psychologiques comptant pour 17,6 % de la variabilité.

Pour Kog et Vandereycken (1989), de même que pour Schmidt et al. (1997), les processus émotionnels impliqués dans la genèse des perturbations alimentaires n'ont pas fait l'objet d'une attention suffisante dans la communauté scientifique. Les raisons de ce fait sont difficiles à saisir, alors qu'il est reconnu que les perturbations alimentaires ont pour principale fonction de gérer de fortes émotions (Root & Fallon, 1989; Van der Kolk & Fisler, 1994). Des recherches ont toutefois démontré l'existence de liens entre l'anxiété, la dépression, et la dissociation d'une part, et les traumatismes infantiles d'autre part. Ces recherches ont suggéré que des perturbations alimentaires pourraient être subséquentes à ces liens préexistants entre émotions et traumatismes infantiles (Briere & Runtz, 1988; De Groot & Rodin, 1999; Gauthier, Stollak, Messe, & Aronoff, 1996; Kent & Waller, 2000; Kent et al., 1999; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996; Neumark-Sztainer et al, 2000; Rorty & Yager, 1993, 1996; Schmidt, Tiller, Blanchard, Andrews, & Treasure, 1997; Wonderlich et al., 1997, Wonderlich et al., 2001).

Selon Wonderlich et al. (2001), les expériences émotionnelles traumatiques de l'enfance seraient à l'origine de plusieurs comportements irrationnels chez les adultes ayant des perturbations alimentaires. Lighezzolo (2000) précise que l'aspect irrationnel

des comportements retrouvés dans les perturbations alimentaires est caractéristique de l'inconscient et en signale le caractère traumatique. Pour Nassikas (2003), parlant du traumatisme, ce « noyau d'inhumain » (p. 208) logé à l'intérieur de la personne, peut aboutir à des comportements autodestructeurs chez cette dernière, voire au suicide ¹⁰. Les auteurs Sibertin-Blanc et Viadailhet (2003), de même que Nassikas (2003), avancent de leur côté que pour comprendre cette autodestruction, il faut rechercher ce qui est dissimulé par les symptômes et qui agit à l'insu de la personne.

L'objectif central de cette recherche est de cerner l'une des voies de médiation de cette souffrance découlant d'un traumatisme infantile. Pour rendre compatible avec la méthode empirique l'articulation des hypothèses étiologiques impliquant les traumatismes infantiles et les perturbations alimentaires en découlant, Waller (1996) propose de cerner empiriquement les processus psychologiques qui médiatisent les effets à long terme de ces traumatismes. L'étude récente menée par Kent et al. (1999) s'est ainsi inspirée du procédé d'analyse de Waller (1996). Cette étude a dégagé des variables médiatisant l'impact des expériences infantiles traumatisantes sur des perturbations alimentaires subséquentes. Les expériences de dissociation (p. ex., l'amnésie, la déréalisation, et la dépersonnalisation) et l'anxiété, comme variables médiatrices entre les traumatismes infantiles et les troubles alimentaires, ont particulièrement retenu l'attention de ces auteurs.

¹⁰ Nassikas (2003, p. 208) attire l'attention sur les suicides de Bruno Bettelheim, de Primo Levi et de plusieurs autres « rescapés », suicides intervenus longtemps après leurs expériences traumatiques et en lien avec celles-ci, montrant ainsi que ce noyau d'inhumain logé à l'intérieur d'une personne peut parvenir un jour à la destruction de cette dernière.

Selon Kent et Waller (2000), bien que la prise en compte des abus émotionnels infantiles comme unique expérience traumatique ait été une pratique rare jusqu'à présent, elle commence à apparaître dans les publications scientifiques à côté d'autres formes d'abus traumatiques. Toutefois, la communauté scientifique est encore loin généralement d'en savoir plus au sujet des conséquences immédiates des abus émotionnels infantiles (p.ex., par détachement émotionnel ou par manque de rigueur académique; Hart, Brassard, & Karlson, 1996) que sur leur impact à long terme. Cependant, Hart, Binggeli, et Brassard (1998) précisent que les études longitudinales qui ont été conduites suggèrent que l'abus émotionnel infantile peut avoir des impacts sérieux à long terme sur le fonctionnement humain. La présente recherche doctorale s'appuie particulièrement sur cette observation.

Briere et Runtz (1988) ont été parmi les premiers auteurs à inclure la signification du terme *abus psychologique* dans leurs recherches examinant les corrélations à long terme entre les traumatismes physiques et psychologiques. Dans un échantillon de 251 femmes graduées, ils ont observé que lorsque des abus psychologiques et physiques surviennent, ils se produisent généralement en même temps. Ces expériences sont associées avec des difficultés psychologiques substantielles, incluant l'anxiété, la dépression, la somatisation, et les idéations suicidaires. Ces auteurs ont centré leur attention sur le genre de l'abuseur comme modérateur potentiel. Les abus psychologiques paternels étaient associés avec l'anxiété, la dépression, la sensibilité interpersonnelle, et la dissociation. Les abus physiques maternels étaient apparentés à de la sensibilité interpersonnelle, de la dissociation, et des idéations suicidaires. Ces

résultats suggèrent que les abus infantiles peuvent avoir des liens globaux avec des symptomatologies subséquentes. Cependant, en même temps, des types particuliers d'abus peuvent avoir des effets spécifiques.

Dans une étude subséquente, Briere et Runtz (1990) se sont centrés sur trois types majeurs d'abus infantiles (sexuel, physique, et psychologique-émotionnel) et sur trois formes de symptômes psychologiques (pauvre estime de soi, colère et agression, et difficultés sexuelles). En utilisant une analyse multivariée, ils ont démontré une relation unique entre l'abus psychologique-émotionnel et une pauvre estime de soi, et ils ont émis l'hypothèse qu'une telle évaluation de soi pouvait être le résultat d'une internalisation par l'enfant de critiques et d'insultes parentales se prolongeant sur une longue période de temps.

D'autres chercheurs ont aussi corroboré des liens entre l'abus émotionnel infantile et une pauvre estime de soi. Par exemple, Gross et Keller (1992) ont trouvé que l'abus émotionnel infantile (nommé *abus psychologique* dans leur étude) est un meilleur facteur prédictif d'une pauvre estime de soi que l'abus sexuel infantile. Hoglund et Nicolas (1995) ont aussi trouvé que l'abus émotionnel infantile, et non l'abus sexuel infantile, était directement lié à la honte. D'après Fairburn, Shafran, et Cooper (1999), ainsi que Slade (1982), cet impact sur l'estime de soi fournit un lien potentiel avec les perturbations alimentaires, où le comportement alimentaire restrictif est perçu comme une conséquence d'une pauvre estime de soi et une tentative pour gagner du contrôle sur certains aspects de sa vie.

Une étude de Mullen et al. (1996) a examiné en détail s'il y avait des séquelles spécifiques liées à des formes d'abus particuliers. Ces auteurs ont comparé 107 femmes, qui devaient s'identifier à partir d'un questionnaire postal au sujet d'expériences d'abus infantiles vécus, avec un groupe contrôle, en utilisant un certain nombre de résultats mesurables de ces séquelles. Leurs résultats ont démontré que les femmes qui rapportaient des formes d'abus (sexuels, physiques, ou émotionnels) avaient plus de probabilités de vivre des expériences ultérieures difficiles dans les sphères du comportement sexuel, des relations interpersonnelles, ou de santé mentale (avec une prédominance pour la dépression et l'anxiété). Il y avait à cet effet des chevauchements considérables dans les termes concernant les psychopathologies subséquentes.

Cependant, certaines observations issues des données de l'étude de Mullen et al. (1996) méritent d'être notées. Premièrement, les perturbations alimentaires sont plus intimement associées avec des abus sexuels et émotionnels qu'avec des abus physiques. Deuxièmement, l'estime de soi est plus basse dans le groupe des personnes émotionnellement abusées, comparativement avec les groupes de personnes abusées sexuellement et physiquement. Troisièmement, tout comme Briere et Runtz (1988), ils ont trouvé que le genre de l'abuseur est particulièrement important pour l'abus émotionnel. L'abus émotionnel infantile fait par les femmes était associé avec des problèmes de santé mentale, alors que celui fait par les hommes était associé avec des difficultés sexuelles. Finalement, les résultats indiquent que l'abus sous toutes ses formes a plus de probabilités de survenir dans des environnements familiaux perturbés et conduit à long terme à des problèmes de santé physique, aussi bien qu'à des problèmes

de santé mentale. Ces auteurs concluent en insistant sur l'importance des conséquences à long terme de l'abus infantile, particulièrement l'abus émotionnel.

Dans une étude effectuée auprès de 668 femmes recrutées dans une clinique de santé mentale, Moeller, Bachmann, et Moeller (1993) ont examiné les conséquences physiques et psychologiques à long terme des femmes qui ont vécu un, deux, ou trois types d'abus infantiles. Leur définition de l'abus émotionnel incluait un compte rendu des traitements parentaux mettant leur vie en danger, des rejets verbaux répétés, des disputes violentes entre les parents et un extrême niveau de tension dans l'environnement domestique en général. De semblables expériences ont été rapportées chez 37 % des personnes de l'échantillon. Ces résultats ont démontré que l'abus émotionnel infantile avait plus de probabilités de survenir que l'abus sexuel et l'abus physique infantiles, servant ainsi de support à des affirmations antérieures (dont celles de Garbarino, Guttman, & Seeley, 1986).

Moeller et al. (1993) ont aussi démontré que toutes les formes d'abus infantiles peuvent conduire à une augmentation subséquente de problèmes aussi bien physiques que psychologiques, et que l'extension de ces problèmes augmente en proportion du nombre de types d'abus subis. L'étude de Moeller et al. (1993) permet une meilleure évaluation objective des conséquences à long terme des abus et des effets additifs de ces expériences. Cependant, elle se concentre sur le nombre de types d'abus subis, plutôt que sur la nature de ces abus et du sens qu'ils ont pour la victime. Elle ne peut donc augmenter la compréhension des conséquences spécifiques d'un abus particulier.

Thompson et Kaplan (1996) ont établi la nature des connaissances accumulées au sujet des abus émotionnels infantiles. Ils ont regroupé les principales séquelles des abus émotionnels infantiles sur les adultes dans deux catégories : 1) pauvre adaptation dans la vie adulte (pauvre estime de soi, maladies physiques, difficultés maritales et parentales) et 2) désordres psychiatriques (personnalités antisociales et borderlines).

Dans une revue de la documentation, Fortin et Chamberland (1995), Hart et Brassard (1987), ainsi que Ney (1987) suggèrent que les mauvais traitements psychologiques sont plus destructeurs que les abus physiques et, en soi, peuvent entraîner davantage d'impacts négatifs. D'autres d'études (Claussen & Crittenden, 1991; Vissing, Straus, Gelles, & Harrop, 1991) ont fourni un certain nombre d'évidences sur les conséquences à court terme des abus. Gross et Keller (1992) ont évalué les conséquences à long terme des abus émotionnels et physiques subis dans l'enfance. Leurs résultats suggèrent que l'abus émotionnel infantile peut être le paramètre le plus précis pour prédire les conséquences psychologiques à long terme des traumatismes.

La majorité des études évoque le rôle important de l'abus émotionnel infantile dans l'étiologie des problèmes psychologiques. Pour Kent et Waller (2000), l'abus émotionnel infantile semble avoir principalement un impact sur l'estime de soi, et par conséquent augmente la vulnérabilité personnelle à développer des problèmes psychologiques. Mais ces auteurs ne cernent pas précisément comment cet impact peut s'effectuer. Étant donné l'existence de recherches sur l'impact des traumatismes (Julien, 2001) et le fait qu'une pauvre estime de soi semble être un facteur important dans les perturbations alimentaires (Slade, 1982), il est raisonnable d'émettre l'hypothèse que

l'abus émotionnel infantile peut être un antécédent potentiel dans le modèle multifactoriel des perturbations alimentaires.

L'abus émotionnel infantile survient la plupart du temps quand il y a la présence d'autres formes d'abus (particulièrement physiques), mais peut aussi survenir isolément (Briere & Runtz, 1988; Claussen & Crittenden, 1991). L'abus émotionnel infantile semble avoir une prévalence plus grande que l'abus sexuel et que l'abus physique infantiles avec, en outre, un impact à long terme plus substantiel et de plus grande portée (Briere & Runtz, 1988; Hart et al., 1998; Moeller et al., 1993). Gross et Keller (1992) suggèrent que l'abus émotionnel infantile peut justifier l'impact négatif des abus physiques infantiles.

Dans la majorité des cas, l'abus émotionnel infantile est susceptible de se produire en premier lieu dans l'environnement familial. Il a été mentionné que la compréhension des comportements alimentaires perturbés est indissociable des liens étroits unissant l'affectivité et la nourriture. Étant donné que ces liens passent par le développement des relations précoces entre les adultes prenant soin de l'enfant et ce dernier, il convient d'examiner cet univers relationnel particulier dans le contexte de la promiscuité et de la précocité des liens qui s'y développent avec l'enfant.

Environnement familial, abus émotionnels, et perturbations alimentaires

Bruch (1973) et Humphrey (1983) ont décrit ces environnements familiaux comme étant intrusifs, surprotecteurs, contrôlants pour les anorexiques et comme étant chaotiques et émotionnellement froids pour les boulimiques. Cependant, Steiger, Liquornik, Chapman, et Hussain (1991), ainsi que Waller, Slade, et Calam (1990) ont

démontré qu'il est difficile de fournir un appui à ces descriptions par des recherches systématisées.

Le contrôle, la rigidité ou les environnements familiaux chaotiques sont considérés comme ayant leur place sur le continuum des abus émotionnels infantiles. Ils peuvent aussi s'insérer à l'intérieur de la définition de l'abus émotionnel infantile établie dans la présente recherche par Bernstein et al. (1994) et Miller (1984). Des études antérieures se sont centrées sur certains aspects d'environnements familiaux défavorables, en utilisant des éléments conceptuels généraux servant à décrire l'abus émotionnel infantile. Par exemple, Humphrey, Apple, et Kirschenbaum (1986) trouvent que les boulimiques et les anorexiques rapportent que leur famille fait preuve de plus de dénigrement et d'attaques répétées que celle des personnes n'ayant pas de perturbations alimentaires du groupe contrôle. Des hypothèses initiales au sujet de ce processus invoquaient des liens entre des environnements familiaux envahissants (ou distants) et des perturbations alimentaires. Pour Strober et Humphrey (1987), chaque type de dommage dans cet environnement originaire peut avoir un impact sur les développements de l'estime de soi et sur le sentiment d'efficacité de ces personnes.

Depuis quelques années, le rôle des abus émotionnels au sein de l'environnement précoce de l'individu a suscité une attention renouvelée. Par exemple, avec des mesures évaluant l'environnement précoce, Stuard, Laraia, Ballenger, et Lydiard (1990) ont comparé un échantillon de 30 boulimiques avec deux groupes contrôles : un groupe 15 dépressifs et un groupe de 100 sujets normaux. Ces chercheurs ont démontré que les boulimiques avaient plus de probabilités de rapporter des sentiments de rejet par leurs

parents que les individus des groupes de comparaison. En outre, les boulimiques ont rapporté avoir été élevés dans des environnements où il y avait davantage de menaces, de comportements coercitifs et de tensions, que les individus dépressifs et normaux. Stuart et al. (1990) ont conclu de ces résultats que le profil typique de l'environnement infantile des boulimiques avait été tendu, émotionnellement froid et intimidant.

Schmidt et ses collègues (Schmidt, Slone, Tiller, & Treasure, 1993; Schmidt, Tiller, Blanchard et al., 1997) ont aussi exploré le rôle des environnements familiaux défavorables dans le développement des perturbations alimentaires. Ils ont différencié quatre groupes de perturbations alimentaires (anorexiques restrictifs, boulimiques anorexiques, boulimiques avec une histoire d'anorexie, et boulimiques sans histoire d'anorexie). Ils ont trouvé que la perception de l'indifférence parentale, le contrôle excessif, l'abus physique, le fait d'être témoin de violence d'autres membres de la famille, représentaient d'importants facteurs de vulnérabilité seulement pour le groupe de boulimiques n'ayant pas d'histoire d'anorexie. Ils ont émis l'hypothèse que des adversités précoces de cette nature pouvaient mener soit à des risques de reproduire plus tard ces scénarios (par exemple, en quittant la maison pour se placer à nouveau dans des situations de relations abusives), soit d'affecter directement le développement de la personnalité. Ils ont ainsi réussi à démontrer qu'un environnement familial défavorable était associé avec un style de défenses immatures, tels que la projection et le déni dans la boulimie (Schmidt et al., 1993). Cependant, il est difficile de savoir si ces résultats signifient que ce sont les aspects reliés à l'abus physique ou à l'abus psychologique survenus précocement (ou une combinaison des deux) qui sont les plus précis et

prédictifs des styles de défenses subséquents. Leur étude ne précise que des résultats que pour un seul groupe d'individus ayant des perturbations alimentaires.

Les aspects émotionnels reliés aux abus dans l'environnement familial jouent un rôle dans l'étiologie des perturbations alimentaires. Toutefois, le lien entre ces deux phénomènes peut ne pas être direct. L'abus émotionnel infantile semble avoir un impact indirect, via le développement de styles de défenses immatures ou d'une faible estime de soi. Ces observations empiriques, où certaines variables (défenses immatures et faible estime de soi) semblent avoir un impact indirect, sont prises en compte dans cette thèse. Cependant, il est surprenant de constater qu'aucune recherche n'a encore examiné le sentiment de culpabilité comme variable médiatrice. En s'appuyant sur ce constat, la présente recherche présage que l'une de ces défenses immatures peut être le sentiment de culpabilité.

Cette thèse traite du sentiment de culpabilité et non de culpabilité réelle. Le philosophe Nietzsche (1971) souligne : « se sentir coupable ne prouve nullement qu'on ait raison de se sentir tel... (p. 318) ». Dans les perturbations alimentaires, une culpabilité réelle – la faute effective commise envers son corps dans les comportements autodestructeurs – ne serait qu'une variante plus visible du sentiment contraignant de culpabilité. D'après Basset (1999), à l'origine, la fonction est la même : se débarrasser du poids d'un mal injuste (le traumatisme subi) en le transformant en punition. Quand la personne devient réellement coupable à ses yeux, elle ressent à tort que la punition (s'autodétruire dans la cachexie ou les vomissements) était méritée. Le mal commis ici

envers le corps semble être une tentative désespérée de se décharger d'un sentiment de culpabilité profondément lié à un mal si insupportable que le souvenir en a été refoulé.

Pour Basset (1999), plus la culpabilité réelle (lorsqu'elle est rapportée par la personne) est évidente par rapport à ses comportements alimentaires perturbés, plus cette culpabilité devrait indiquer ce qu'elle a pour fonction d'évincer : l'enfant victime d'autrefois sans défense qui devient maintenant acteur du mal qui le hante toujours. Le crime est souvent la tentative de se libérer d'un sentiment de culpabilité bien antérieur, indissociable d'un mal insupportable. Soulagé, le criminel dira : « au moins maintenant, je sais pourquoi je suis coupable » (Basset, 1999, p. 196). Mais il ne se rend pas toujours compte qu'il se sentait déjà coupable avant son crime. Une des seules chances pour la personne de venir à bout de ce sentiment de culpabilité est d'en chercher la fonction.

C'est donc suite à l'autorité de cette argumentation que le sentiment de culpabilité – par rapport à l'estime de soi – est apparu comme une variable médiatrice prépondérante dans la présente recherche. La prochaine section présente une vue d'ensemble du sentiment de culpabilité. Elle se divise ensuite en deux sous-sections dans lesquelles seront abordés, dans un premier temps, les liens entre le sentiment de culpabilité et les traumatismes infantiles, et dans un deuxième temps, les liens de ce sentiment avec les perturbations alimentaires.

Sentiment de culpabilité

Le sentiment de culpabilité est un sentiment qui peut paralyser¹¹ et libérer. Il paralyse pour indiquer une voie de guérison à suivre. Une compréhension profonde de ce sentiment est indissociable de celle du Mal, lui-même étant consubstantiel au traumatisme et à ses conséquences. Cette compréhension s'intègre à la présente étude sous l'angle de la question du sens qui lui est donné. La question suivante oriente la présente démarche empirique : à quoi sert le sentiment de culpabilité dans les perturbations alimentaires lorsqu'il y a eu traumatisme? Dans cette thèse, le sentiment de culpabilité est donc mis en perspective avec deux réalités fort complexes, celle de l'expérience traumatique et celle des perturbations alimentaires.

Il est difficile de faire l'épargne du sentiment de culpabilité en psychopathologie. Dans la documentation psychanalytique, par exemple, le sentiment de culpabilité joue un rôle important dans le développement et le maintien de plusieurs formes de psychopathologies (Harder, 1995; Harder, Cutler, & Rockart, 1992; O'Connor, Berry, Weiss, Bush, & Sampson, 1997; Weiss, 1986, 1993). Qu'est-ce qui constitue l'univers de la maladie mentale, interroge Freud, sinon les sentiments douloureux attachés à une faute et à l'attente d'un châtiment? La psychanalyse elle-même avec son instance du surmoi n'a-t-elle pas été comparée à une « entreprise judiciaire » visant à chercher un coupable et à le faire avouer? N'est-ce pas non plus, souligne Reik (1973), le besoin

¹¹ Le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) comporte une parasomnie non spécifiée nommée *Paralysie du sommeil*, caractérisée par une incapacité à exécuter des mouvements volontaires. D'après Basset (2003), il serait possible d'y voir à quel point le psychisme détermine le physique : « il suffit de penser à ces histoires authentiques de paralysies physiques provoquées par une intense culpabilité (p. 17) ».

d'avouer et en même temps l'impossibilité d'avouer qui rend malade? Le sens juridique du sentiment de culpabilité n'est toutefois pas discuté dans cette thèse. Il est envisagé dans son acception psychologique.

Golberg (1985) souligne que le sentiment de culpabilité a d'abord été collectif avant d'être individuel et, dans la version chrétienne, chacun subit le poids du péché originel que pourtant il n'a pas commis. Depuis les premiers écrits que firent Freud (1896/1953) et d'autres auteurs (Ausubel, 1955, Benedict, 1946) sur le sentiment de culpabilité, plusieurs tentatives théoriques ont été proposées pour établir des liens entre ce sentiment et différentes formes de psychopathologie. En psychologie, il est usuellement admis que le sentiment de culpabilité a un caractère essentiellement inconscient (Grimm, 1989). La psychanalyse confirme qu'il y a là quelque chose d'universel : « la souffrance, dans un premier temps et sans qu'on en ait conscience, crée un sentiment de culpabilité – je souffre, donc j'ai sûrement mal agi » (Basset, 1999, p. 14).

Bien avant les années 1970, on insiste sur la contribution significative du sentiment de culpabilité dans les psychopathologies et la détresse émotionnelle (Freud, 1923, 1926, 1940; Klein, 1948; Modell, 1965, 1971; Searles, 1969). Le sentiment de culpabilité maintient l'attachement primaire avec les parents et la fratrie, puis plus tard avec différentes personnes de l'environnement social (Baumeister, Stillwell, & Heatherton, 1994; Jones & Burdette, 1994; Jones, Kugler, & Adams, 1995; Lewis, 1971, 1987; Modell, 1965, 1971; Weiss, 1986; Zahn-Waxler & Kochanska, 1990). Pour Hoffman, (1981, 1987), il se rapporte à l'altruisme et à la tendance à éprouver un sentiment

d'empathie envers la souffrance d'autrui. Il peut aussi être défini comme un affect pénible résultant de la croyance d'avoir blessé quelqu'un (Bush, 1989; Friedman, 1985; Sampson, 1983; Weiss, 1983, 1986, 1993). Toutefois, suivant O'Connor et al. (1997), un sentiment de culpabilité irrationnel ou excessif conduit souvent à une grande détresse, à des relations faussées, à de la psychopathologie.

Golberg (1985) démontre que le sentiment de culpabilité est un « nœud d'affects » (p. 14), ce qui l'amène à énoncer qu'il faudrait parler *des* sentiments de culpabilité. Il observe que les effets du sentiment de culpabilité se manifestent à travers un certain nombre de comportements, de fantasmes, de réactions transférentielles qui témoignent d'un besoin de punition afin d'effectuer le lien qui établit une corrélation entre la punition à la faute. Bruch (1975, 1988) y voit un rapprochement avec les comportements de restriction chez les anorexiques ou de vomissements chez les boulimiques, comme pour expier une faute commise. Golberg (1985) pose la question de savoir si la honte n'est pas plus intense et tyrannique que le sentiment de culpabilité (ou le contraire), ou si la honte ne vient pas masquer une culpabilité sous-jacente parce qu'elle est plus accessible et plus aisée à supporter. En d'autres termes, la honte ne serait-elle pas l'extériorisation de la persécution interne qui constitue la nature même du sentiment de culpabilité? Dans la perspective théorique sur le traumatisme infantile adoptée dans cette thèse, il n'est pas impossible en effet de songer que le traumatisme infantile serait refoulé par l'enfant car ce dernier aurait honte d'être vis-à-vis un non sens.

Bien que cette clarification entre honte et culpabilité soit délicate, Basset (2003) se prononce nettement à ce sujet. Elle avance que le sentiment de culpabilité ne se

surajoute pas à la honte, mais plutôt qu'il s'y substitue : c'est pour échapper à la souffrance absurde et sans compensation des expériences d'échec, d'impuissance et de honte que l'humain développe un sentiment de culpabilité compensatoire (« je suis coupable, donc tout s'explique, ce qui m'arrive de douloureux a un sens » [p. 67]). Ce processus de substitution de la honte par le sentiment de culpabilité établi par Basset (2003) amène une précision importante quant à la manière d'envisager le sentiment de culpabilité dans cette thèse. Il permet d'établir une cohérence conceptuelle face aux ambiguïtés théoriques retrouvées dans les écrits comparatifs de ces deux sentiments (Tangney, 1990), particulièrement dans les perturbations alimentaires (Sanftner & Crowther, 1998).

D'après Tangney (1990), bien que des niveaux modérés de sentiments de culpabilité puissent avoir des fonctions adaptatives pour la santé, l'intensité trop élevée de ce sentiment peut engendrer des psychopathologies. La clinique suggère des implications sérieuses de ce sentiment à deux extrémités d'un continuum. Par exemple, contourner ou réprimer des tendances à éprouver des sentiments de culpabilité est souvent lié à des patterns de comportements sociopathiques et antisociaux. À l'inverse, d'autres auteurs (Hoblitze, 1987a, 1987b; Lewis, 1971, 1987, 1992; Morrison, 1987; Prosen, Clark, Harrow, & Fawcett, 1983) rapportent que des sentiments de culpabilité sont impliqués dans la dépression, la faible conscience de soi, le retrait social, et les réactions obsessionnelles.

Pour des auteurs comme Tangney, Wagner, et Gramzow (1992), Tangney (1995), ainsi que Zahn-Waxler et Kochanska (1990), le sentiment de culpabilité est adaptatif

quand il sert à maintenir des attachements et une interdépendance qui sont essentiels pour une vie confortable et productive. Toutefois, il peut devenir irrationnel et non-adapté quand il est exagéré et inhibé ou quand il se généralise.

Klein (1978) soutient que la culpabilité se formerait avant le Surmoi, dès le stade oral. Le nourrisson ressentirait les limites comme culpabilisatrices. Les limites sont ici bien réelles et de plus, pour citer Basset (1999), elles « font mal » (p. 205) : elles peuvent se nommer abandon, sentiment de ne pas être entendu et de ne pas compter pour autrui, angoisse de l'insécurité et toute autre émotion humaine dont souvent l'adulte n'a pas conscience parce qu'il a établi en lui-même que ce qui est normal ne fait pas mal.

Nassikas (2003) a observé que les enfants, dont les parents avaient été impliqués dans la seconde guerre mondiale, sont restés eux-mêmes accablés, sans savoir pourquoi, par le poids de ce passé jamais verbalisé. Pour Basset (2003), le sentiment de culpabilité des parents lié à leur participation aux horreurs continue à affecter la vie de l'enfant. Dans ces circonstances précises, les observations de Searles (1969) ont bien montré que l'enfant, incapable d'apaiser le sentiment de culpabilité du parent, se sent lui-même coupable d'échouer à faire le bonheur du parent.

Selon la perspective développée par Weiss (1983, 1986, 1993), le sentiment de culpabilité est un sentiment altruiste. À partir d'études empiriques basées sur les processus psychanalytiques, Weiss observe que l'enfant qui souffre d'expériences traumatiques peut en venir à croire que s'il poursuit des buts normaux de développement, il va faire du mal à ses parents, ses frères et sœurs, et d'autres personnes

intimes de son entourage. Par conséquent, même le désir de poursuivre des buts normaux donne lieu à un sentiment de culpabilité.

Weiss (1983, 1986, 1993) va plus loin dans sa pensée et précise que l'enfant considère ses parents comme une autorité ultime; il n'en connaît pas d'autre forme. Il n'a aucune idée sur ce qui est bien ou mal en dehors de ce qui est dit par ses parents. Il adopte naturellement ce que ces derniers vont dire ou faire comme étant correct. En l'occurrence, F. Dolto est la première à avoir énoncé que les enfants sont télépathes. Ces derniers n'apprennent pas à parler : ils dupliquent la langue de leurs parents, et ce faisant, ils dupliquent leurs structures mentales. Pour Weiss donc, si l'enfant ne croit pas ce dont ses parents croient, il sent qu'il viole une autorité ultime, et se sent coupable. Cela signifie que l'enfant ne peut inscrire nulle part ses affects dépressifs et sa tristesse, par exemple. Il ne peut que soutenir jusqu'à épuisement l'image que ses parents ont besoin. Ses parents ont besoin qu'il soit joyeux, mais c'est lui qui porte la détresse de ses parents, impossible à dire avec ses mots. Pour Nassikas (2003) et Vasse (2002), dans une logique malsaine, l'enfant devient comme un objet de satisfaction niant le désespoir parental. Il ne peut être déprimé car cette dépression renverrait à l'insupportable angoisse parentale. Il se fixe donc dans une image constante de lui-même qui maintient l'équilibre des rapports. Et, s'il n'y est pas fidèle, c'est comme si c'était lui qui était coupable du chagrin de ses parents. On croit qu'il est joyeux et il ne fait que s'enfermer davantage dans l'imposture et le mensonge. D'une manière ou de l'autre, les enfants tentent inconsciemment de résoudre l'angoisse parentale en l'épongeant, ou d'y échapper en fuyant, au prix de la négation inconsciente d'eux-mêmes. C'est ce qui

amène Grimm (1989) à avancer que le sentiment de culpabilité est essentiellement inconscient.

En résumé, selon Weiss (1983, 1986, 1993), si les parents condamnent l'enfant en lui faisant honte, il acceptera cette condamnation et se sentira sans valeur et confus. Et si plus tard, il fait des tentatives pour surmonter ses sentiments de confusion, il se sentira coupable parce qu'il est déloyal à ses parents. L'enfant qui est à maintes reprises sévèrement réprimandé par un parent sentira à la fois un sentiment de culpabilité d'avoir vexé son parent, et un sentiment de honte parce qu'il se fait réprimander par lui. Dans le futur, cet enfant pourra se réprimander lui-même et développer une conscience critique extrême. Toutes ces dernières lignes inspirées de Weiss laissent aisément voir les liens entre le sentiment de culpabilité et les caractéristiques psychologiques (conscience critique extrême = perfectionnisme, obsessions, contrôle) présentent chez les personnes ayant des perturbations alimentaires.

Basset (2003) précise qu'il y a dans cette attitude d'auto-accusation une façon d'exercer un pouvoir sur soi-même et de nier l'impuissance dans laquelle la personne s'était sentie face à la faute d'autrui. Le sentiment de culpabilité présente ainsi un côté actif, en ce sens qu'il est bénéfique et compensatoire : en se punissant elle-même, la personne reconquiert une puissance narcissique où elle peut s'autoriser à imaginer avoir suffisamment payé, afin d'être désormais parfaite et donc irréprochable.

Vasse (1995) fait voir que jamais le sentiment de culpabilité ne va sans l'accusation de l'autre et que pourtant, toujours, se prévaloir de l'un suffit à dissimuler l'autre. C'est ainsi que le sentiment de culpabilité éprouvé, la plupart du temps inconsciemment, est la

marque visible de l'accusation invisible d'autrui. Et inversement, l'accusation d'autrui dissimule le sentiment de culpabilité.

Ainsi, toute circonstance très culpabilisante pour l'enfant renferme en elle-même un potentiel traumatique. C'est de cette manière que des associations peuvent être suggérées entre les traumatismes infantiles et les sentiments de culpabilité qui en découlent.

Traumatismes infantiles et sentiment de culpabilité

Les mots *traumatisme* et *culpabilité* ne sont pas souvent associés et leur juxtaposition peut provoquer l'étonnement. Comment, en effet, un traumatisme donne-t-il naissance à un sentiment de culpabilité? Les travaux de Dolto (1984, 1985; Dolto & Nasio, 1992) et de Miller (1983, 1986, 1990, 1991) ont beaucoup contribué à mettre en lumière que les sentiments de culpabilité peuvent se transmettre d'inconscient à inconscient, à l'insu de chacun. À l'in-su veut précisément dire ici le contraire de n'importe comment. Il s'agit plutôt d'une rigueur psychologique qui échappe le plus souvent à chacun, mais qu'il est possible de mesurer¹².

Pour Vasse (1983), les personnes traumatisées dans leur enfance n'ont pas nécessairement conscience de cette information psychique sur leur traumatisme, qui n'a pour elles aucun statut d'existence car elle est souvent hors temps et hors langage, comme s'il y avait interdiction de symboliser le traumatisme. Mais Delourmel (2002)

¹² Dans un ouvrage laconique, Cyrulnik (1995) fait justement remarquer que le mot allemand *Unbewusst* a été traduit en français par *inconscient*, alors qu'on aurait dû le traduire par *à l'insu de*. Décrits comme exprimés *à l'insu* de la personne, l'acte manqué ou le lapsus par exemple, devient un phénomène observable. Or, la traduction de *Unbewusst* par *inconscient* lui a attribué un sens qui n'est vrai que pour la psychanalyse française, ce qui expliquerait pourquoi celle-ci a longtemps eu la haine de l'observation directe : la réalité n'était pas analysable. Avec l'autre acception, les observations devenaient licites.

précise cependant que le traumatisme laisse des traces dans la mémoire. En effet, d'après Bokanowski (2002), la personne ne se souvient pas (consciemment), mais dans un contexte d'intimité relationnelle, elle remet en jeu (inconsciemment, dans le transfert) la même attitude que celle du parent, c'est-à-dire qu'elle continue la structure relationnelle traumatique, qui n'est jamais perçue comme ayant eu une antériorité. Shengold (1998) a bien démontré que dans ce contexte traumatique, *s'identifier au parent* signifie à la fois *être ce parent* et précisément, *ne pas voir ce parent*.

Basset (2003) constate que l'état affectif du sentiment de culpabilité se présente avant tout comme une tendance naturelle à prendre la responsabilité du malheur imposé de l'extérieur, de la faute venue d'autrui. Aucun argument rationnel n'a d'influence sur la réaction immanente à la survenue d'un malheur : qu'ai-je fait pour mériter cela? Basset (2003) pose la question de savoir si cette propension de l'enfant à prendre en charge l'événement traumatique peut parvenir à détruire son sentiment d'innocence. Son interrogation débouche sur un doute, car elle constate que ce ne sont pas les bourreaux mais toujours les victimes qui se sentent coupables. Pour l'auteur, il est connu que les progrès techniques ne vont pas de pair avec les progrès de qualités humaines. Avec l'ère technologique de nos sociétés, les formes de maltraitance envers l'enfant sont tellement sophistiquées qu'elles peuvent sciemment parvenir à détruire en lui tout sentiment d'innocence, sans lequel il perd, souvent de manière irrévocable, tout respect de lui-même. Cette idée est développée par Basset (2003) et Nassikas (2003). Ces auteurs précisent que le traumatisme résulte d'un réel qui exclut le désir propre de la personne. Il lui est impossible de vivre le non-sens du traumatisme sans s'y *inclure* elle-même,

processus par lequel un sens est rétabli. Barral (1999), reprenant la pensée de F. Dolto, précise que lorsqu'il y a eu traumatisme, quand l'expérience du corps et l'expérience émotionnelle n'ont pu être articulées avec le langage, le traumatisme produit des marques dans l'image inconsciente du corps et dans la sphère affective-émotionnelle, souvent un fracassement énergétique dû à une trop grande excitation non intégrable.

Miller (1986) souligne que le prix de cette inclusion de soi-même dans l'expérience traumatique est le développement d'un sentiment intense de culpabilité. Conformément à la pensée de Vasse (2002), dans ces circonstances traumatiques, l'enfant devient l'objet de satisfaction du désespoir de l'adulte. Pour légitimer le sentiment de culpabilité, Nassikas (2003) évoque que l'impossibilité d'une défense alloplastique (dirigée vers autrui) chez l'enfant entraîne chez lui la création de réactions substitutives : la réaction normalement externe se tourne contre lui-même jusqu'à vouloir disparaître ou mourir, rappelant ainsi étroitement la dynamique psychique des anorexiques (Kluge, 1991).¹³ Dans ce contexte, le sentiment de culpabilité devient une expérience émotionnelle qui autorise trois dispositions internes : (1) légitimer l'agresseur, (2) nier sa propre souffrance, et surtout (3) éprouver une raison concrète de se sentir réellement coupable en s'autodétruisant. Golberg (1985) évoque que dans ces circonstances, mieux vaut être coupable que d'être écrasé par l'affect d'angoisse vide de sa représentation.

Miller (1986) précise que dans le cas de traumatisme, surtout émotionnel, le sentiment de culpabilité qui émerge est la résultante d'une haine de son corps. Cette

¹³ C'est ainsi que l'on peut percevoir que les comportements alimentaires perturbés évoquent un caractère autodestructeur dans les perturbations alimentaires.

constatation est très importante dans le contexte de cette thèse. En effet, selon Miller (1986), l'enfant exposé sans défense à différentes formes d'abus ne peut que sentir son corps comme étant de trop car logiquement, sans ce corps, il ne pourrait être victime de tels sévices. Le sentiment de culpabilité qui en découle, c'est-à-dire le sentiment d'être à l'origine d'une faute – celle d'exister (Basset, 2003) – est l'une de ses seules chances de survivre. De coupable d'exister, l'enfant devient coupable *pour* exister, car l'alternative est la suivante : ou moi ou l'autre, mais il y a nécessairement un coupable, et quelqu'un est de trop. L'enfant se percevant de trop, donc coupable, perçoit aussi sa révolte comme illégitime puisque l'expression de cette révolte commanderait la mort symbolique de l'autre, l'adulte, dont il dépend. À ce jour, aucune étude empirique n'a encore articulé cette façon d'envisager le sentiment de culpabilité dans ce contexte traumatique d'abus émotionnel avec, en plus, l'établissement de liens avec les perturbations alimentaires.

L'hypothèse théorique centrale de Miller (1986) est qu'il existe des relations très étroites dans ce contexte bien particulier entre l'abus émotionnel infantile, le corps, et le sentiment de culpabilité. C'est pourquoi la position de Miller pour la recherche dans le domaine des perturbations alimentaires est importante, car elle tient précisément compte, en plus, de la dimension du corps, qui est centrale dans les perturbations alimentaires (Griffiths et al., 2000).

La position théorique de Miller (1986) est supportée par Nassikas (2003) qui évoque que l'enfant, dans des circonstances traumatiques d'abus émotionnel, « tente de transformer la réalité traumatique (extérieure) en réalité intérieure comme un mauvais rêve ou une transe; la peur de perdre la relation de tendresse l'amène à s'appropriier la

responsabilité de l'agression qu'il vit » (p. 205). Ferenczi (1982) mentionne à ce sujet deux types d'images identificatoires : l'identification anxieuse et l'introjection / identification à l'agresseur, en supposant que l'enfant introjecte le sentiment de culpabilité de l'adulte abuseur. C'est pourquoi, selon Miller (1986), la personne reste ultérieurement attachée à ses sentiments de culpabilité, qui lui permettent de conserver une illusion de pouvoir : « j'ai commis une faute, mais j'aurais pu faire autrement » (p. 178). Cette attitude évince aussi la prise de conscience d'avoir été une victime impuissante exposée à l'abus. Toutes les personnes qui ont été abusées se raccrochent à des fantasmes dans lesquels elles s'attribuent un rôle actif pour échapper à la souffrance de la détresse sans défense, et « elles [le] paient par des sentiments de culpabilité qui leur imposent la névrose » (Miller, 1990, p. 96). Weil (1948) écrit que « l'innocent qui souffre sait la vérité sur son bourreau, alors que ce dernier ne la sait pas. Le mal que l'innocent sent en lui-même est dans son bourreau, mais il n'y est pas sensible » (p. 77). L'innocent (l'enfant) ne peut connaître le mal que comme souffrance.

Basset (2003) insiste sur la propriété paralysante du sentiment de culpabilité dans ces circonstances, figeant par la suite l'adulte dans une conduite obsessionnelle-compulsive et le condamnant à expier dans une poursuite de la perfection. Cet aspect obsessionnel-compulsif rappelle à nouveau les comportements perfectionnistes retrouvés chez les personnes anorexiques et boulimiques face à la nourriture (Ruggiero, Levi, Ciuna, & Sassaroli, 2003; Steiger et al., 1997). Selon Basset (2003), il est clair que les raisons qui poussent l'adulte à transformer l'enfant victime en enfant méchant sont celles qui l'avaient jadis poussé à prendre naturellement le poids de la faute d'autrui.

Comme il n'y avait alors personne pour entendre sa souffrance, la seule réaction possible fut celle de transformer cette souffrance en faute personnelle et de continuer à exposer, par son auto-accusation, qu'il en portait toujours les marques.

Bien avant que Miller (1986) et Basset (1999, 2003) ne s'intéressent au mal subi dans l'enfance, il faut préciser que Hesnard (1949) avait déjà remarqué que « tout se passe comme si l'enfant induisait de son abandon affectif que, ne méritant pas d'être admis au contact du parent aimé, il est d'une mauvaise nature. Objectivement parlant, il se comporte en coupable » (p. 199). Cette forme d'expiation a pour fonction de le détourner de sa souffrance vraie (Basset, 1999).

Le sentiment de culpabilité résultant d'expériences traumatiques semble donc étroitement intriqué à des conduites autodestructrices, comme si la personne expiait ce sentiment intenable. Ce pattern évoque les rapprochements pouvant être faits avec les perturbations alimentaires.

Ainsi, des auteurs comme Bruch (1975), Burney et Irwin (2000), de même que Herman (1992), se sont intéressés de manière plus spécifique à la dynamique des perturbations alimentaires. Cette attention a amené à voir que les symptômes psychologiques présents chez les personnes ayant des perturbations alimentaires se reflètent sous la forme d'indignité et de doute constant de soi-même. Ces sentiments d'indignité et d'insuffisance sont afférents avec le phénomène de la honte et avec le sentiment de culpabilité. Toutefois, c'est surtout l'expérience de la honte qui a été étudiée comme variable médiatrice dans les perturbations alimentaires, particulièrement dans le cas de la boulimie. La honte s'est montrée en lien entre des expériences d'abus

subis dans l'enfance et la boulimie (Murray & Waller, 2002), et entre des problèmes familiaux infantiles et la boulimie (Murray et al., 2000).

Les études empiriques mesurant le sentiment de culpabilité seul avec les perturbations alimentaires sont rares et sont plutôt présentées conjointement avec le sentiment de honte. La rareté des études empiriques sur le sentiment de culpabilité dans le domaine des psychopathologies générales et dans les psychopathologies alimentaires en particulier, oblige à étudier le sentiment de culpabilité *à partir* des études faites avec le sentiment de honte, c'est-à-dire en l'inférant.

Sentiment de culpabilité et perturbations alimentaires

Burney et Irwin (2000) étudient la relation entre la honte et le sentiment de culpabilité avec les perturbations alimentaires auprès d'un échantillon de 97 femmes australiennes. Ils recrutent par sondage des femmes âgées entre 17 et 46 ans ($M = 24,9$ ans, $ÉT = 8,02$), auxquelles ils font passer quatre questionnaires, l'un évaluant la symptomatologie des perturbations alimentaires (*Eating Attitudes Test* EAT-40), et les trois autres évaluant des affects reliés à la conscience de soi. Ces trois derniers questionnaires sont le *Test of Self-Conscious Affect* TOSCA (Tangney et al., 1989), le *Shame and Guilt Eating Scale* SGES (Frank, 1990), et le *Objectified Body Consciousness Scale* OBC (McKinley & Hyde, 1996). Les quatre questionnaires se composent d'échelles de type Likert. L'objectif général de ces chercheurs est d'explorer les relations entre les émotions et les habitudes alimentaires. De façon plus spécifique, ils veulent évaluer la capacité prédictive de la propension globale à la honte et au sentiment de culpabilité, à la honte et au sentiment de culpabilité associés

spécifiquement à des contextes alimentaires, à et la honte associée au corps. L'identification discriminante de chacune de ces relations est un pré-requis essentiel pour des tentatives incisives dans un modèle précisant les rôles des affects reliés à la conscience de soi dans la présentation des perturbations alimentaires. Cette étude cherche aussi à déterminer si la honte est une émotion plus fréquente que le sentiment de culpabilité parmi les femmes qui présentent des difficultés alimentaires. L'analyse de régression utilisée dans cette recherche considère la présence de la symptomatologie alimentaire comme variable dépendante (EAT-40), et les affects reliés à la conscience de soi mesurés par les trois autres instruments (TOSCA, SGES, OBC) comme variables indépendantes. Leurs résultats démontrent que la sévérité des perturbations alimentaires n'est pas liée à une propension globale à la honte ou au sentiment de culpabilité, mais plutôt au fait d'éprouver ces sentiments dans des contextes alimentaires. Ils observent que la honte associée à des perturbations alimentaires prédit plus fortement la sévérité de telles perturbations.

Grebel (1993) investit les relations entre la honte, la culpabilité, et les désordres alimentaires dans une recherche d'envergure menée auprès de 41 femmes présentant des désordres alimentaires, 47 femmes ayant un passé de désordres alimentaires, et 120 femmes n'ayant pas de telles perturbations. Parmi les instruments, on retrouve notamment le *Guilt Inventory Scale* utilisé dans la présente recherche (voir Appendice B). Il s'agit d'un instrument développé par Jones, Schratter, et Kugler (1992) qui comprend 45 items qui mesurent trois paramètres du sentiment de culpabilité : l'état de culpabilité, la culpabilité comme trait (culpabilité-trait), et les standards moraux. Les

résultats démontrent clairement que les femmes présentant des désordres alimentaires ont des niveaux nettement plus élevés de honte et de culpabilité à tous les instruments de mesure (*The Internalized Shame Scale, The Guilt Inventory Scale, The Test of Self-Conscious Affect*). L'étude de Grebel (1993) démontre également que plus la sévérité des désordres alimentaires augmente, mesurée par le *Eating Disorder Inventory Drive for Thinness*, plus s'élèvent les niveaux de honte et de culpabilité.

Johnson et Larson (1982) indiquent que les femmes vivant des expériences boulimiques éprouvent des niveaux élevés de honte et de culpabilité durant les épisodes d'hyperphagie, et des niveaux extrêmes de ces affects durant les vomissements. La honte et le sentiment de culpabilité demeurent aussi élevés après les épisodes d'hyperphagie et de boulimie. Dans ce contexte, ces auteurs soulignent la difficulté à évaluer si ces émotions sont la cause primaire ou la conséquence de ces comportements alimentaires.

Pour Goodsitt (1985), le sentiment de culpabilité chez les anorexiques représente une exacerbation de sentiments de négation de soi-même. Fairburn (1981) écrit que les épisodes d'hyperphagie boulimique sont marqués par une profonde perte de contrôle qui évoque le sentiment de culpabilité et du dégoût de soi-même. Il fait remarquer qu'il y a une diversité fondamentale d'opinions sur la place de la honte et du sentiment de culpabilité dans l'étiologie des perturbations alimentaires.

Frank (1990) développe le *Shame and Guilt Eating Scale* (SGES), un très court instrument psychométrique ne comprenant que quatre (4) items sur une échelle de type Likert en cinq (5) points allant de *Jamais* (1) à *Presque toujours* (5). Frank rapporte pour un échantillon de 94 étudiants, un coefficient alpha de 0,81, mais la discrimination entre

les composantes de la honte et de la culpabilité demeure indéterminée par l'instrument. Il a été spécifiquement conçu pour évaluer le sentiment de culpabilité et le sentiment de honte chez des personnes présentant des perturbations alimentaires. Frank trouve que le sentiment de culpabilité et la honte au sujet de la nourriture sont positivement corrélés ($r = 0,63$) avec la sévérité de la symptomatologie des perturbations alimentaires. L'étude de Frank ne permet pas toutefois de conclure quant à savoir si le sentiment de culpabilité et la honte, associés à la sévérité des perturbations alimentaires, suivent des directions similaires ou opposées.

Dans une étude auprès de femmes universitaires, Bybee et al. (1996) trouvent que les perturbations alimentaires sont positivement associées avec les sentiments de culpabilité au sujet de la nourriture et de l'exercice ($r = 0,65$), mais n'ont pas de relation avec une propension globale à se sentir coupable. Leurs conclusions supportent les données de Frank (1991) dont les investigations sur les affects de la conscience de soi se rapportant au sentiment de culpabilité sont sous-jacentes aux perturbations alimentaires.

Fodor (1996) suggère que les femmes présentant des perturbations alimentaires peuvent se sentir honteuses de leurs désirs pour la nourriture, honteuses quand elles perçoivent qu'elles ne rencontrent pas les espoirs des autres, et honteuses de faire usage de vomissements pour rester minces. Selon cet auteur, ces sentiments prenant la forme de honte sont le cœur du sentiment de soi des anorexiques.

Dans les études précédentes, le sentiment de honte est souvent confondu avec le sentiment de culpabilité, ce qui complique l'interprétation des résultats. Aussi, le contexte théorique rattaché à chacune de ces études ne permet pas de dégager un sens

précis quant à la nature des liens établis entre les variables étudiées. Ces études font des liens entre le sentiment de culpabilité et le sentiment de honte d'une part, et les perturbations alimentaires d'autre part, mais elles ne tentent pas d'établir des relations entre ces sentiments et des traumatismes infantiles. Ces traumatismes sont parfois abordés dans le contexte théorique de ces études, mais ils ne sont pas mesurés empiriquement. Dans la documentation empirique, seules deux études ont utilisé un type d'analyse et des concepts psychologiques rejoignant ceux exposés dans cette thèse. Elles sont réalisées par les mêmes auteurs et présentées ci-après. Une évaluation critique relative à leur procédure y fait suite.

La première de ces études est réalisée par Murray et al. (2000), et vise à éclairer les mécanismes psychologiques associant les troubles familiaux à la psychopathologie boulimique auprès d'un échantillon non-clinique de 139 femmes. Chaque participante complète des questionnaires qui mesurent leur perception de la fonction de leur famille, le rôle du sentiment de honte internalisée (attributions internes au sujet de soi-même résultant d'une exposition chronique à des situations honteuses prolongées), la propension au sentiment de honte (hypersensibilité à faire l'expérience de la honte dans des situations sociales), et les attitudes boulimiques. Une analyse de régression est utilisée pour mesurer l'effet médiateur de la honte internalisée et l'effet modérateur de la propension à la honte, et ce, dans le contexte familial. Les relations avec chacun des parents pendant les seize premières années de la vie sont mesurées à l'aide du *Parental Bonding Instrument* (PBI; Parker, Tupling, & Brown, 1979), un instrument comprenant 25 items mesurant les deux construits suivants : les soins (affection chaleureuse et

l'empathie) et la protection (la surprotection, le contrôle, et l'intrusion). Les attitudes boulimiques sont mesurées à l'aide du *Bulimia Test* (BULIT; Smith & Thelen 1984). La propension à la honte est mesurée à l'aide du *Test of Self-Conscious Affect* (TOSCA; Tangney et al. 1989). Les résultats indiquent une compatibilité avec le modèle voulant que la propension à la honte comme modérateur, et à la honte internalisée, comme médiateur parfait, fasse un lien entre la surprotection familiale et les attitudes boulimiques. L'expérience de la honte apparaît comme un élément critique pour comprendre la relation entre les problèmes familiaux et la psychopathologie boulimique. Ainsi, quand ces personnes perçoivent leur famille comme problématique, il peut être opportun sur le plan clinique d'orienter les interventions sur la honte comme conséquence psychologique de cette expérience.

La seconde étude est effectuée par Murray et Waller (2002) auprès de 214 femmes universitaires, âgées en moyenne de 21,6 ans ($\acute{E}T = 4,10$), et porte sur le rôle médiateur de la honte entre les abus sexuels dans l'enfance et les comportements boulimiques. Chaque participante complète trois questionnaires standardisés évaluant les expériences d'abus sexuels (*Sexual Events Questionnaire-2*; Calam, Griffiths, & Slade, 1997), la psychopathologie boulimique (*Bulimia Test*; Smith & Thelen, 1984), et la honte internalisée (*Internalized Shame Scale*; Cook, 1994). À l'aide d'une analyse de régression, cette recherche démontre que les niveaux de honte rendent partiellement compte des relations entre les histoires d'abus sexuels rapportées dans l'enfance et les psychopathologies boulimiques, mais que ces niveaux de honte médiatisent totalement

les liens entre les abus intrafamiliaux et les attitudes boulimiques, tel que rapporté dans une étude antérieure (Murray et al., 2000).

À la différence de la présente recherche, qui utilise une régression de type standard suggérée par Alain (2004), les deux études précédentes (en plus de celle de Kent et al, 1999), utilisent une analyse de régression de type *stepwise* (hiérarchique). Dans une régression de type *stepwise*, les variables sont entrées « pas à pas », ce qui signifie que c'est le chercheur qui décide de l'entrée des variables selon la théorie qu'il soutient, et non pas le logiciel (Alain, 2004). La variabilité redondante est donc assignée à la *première variable* entrée dans l'équation de régression, plutôt que d'être incluse dans le R^2 total. On examine à chaque nouvelle entrée d'une variable indépendante si les autres variables indépendantes déjà entrées dans l'équation méritent de demeurer dans l'équation de régression, selon un seuil de signification déterminé, comme l'augmentation du R^2 . Ainsi, dans la régression de type hiérarchique, seul le test d'augmentation du R^2 revêt un intérêt sur le plan de l'interprétation. Pedhazur (1997), de même que Cohen, Cohen, West, et Aiken (2003), ne conseillent pas ce type de régression, car elle limite fortement la portée des études, à moins d'avoir de très grands échantillons et que la prédiction d'une variable indépendante soit le but ultime d'une recherche, ce qui n'était pas le cas des études susmentionnées (Kent et al., 1999; Murray & Waller, 2002; Murray et al., 2000).

Un cadre explicatif peut maintenant être esquissé pour la conceptualisation du rôle de l'abus émotionnel infantile dans les perturbations alimentaires. Bien qu'il existe des connaissances dans le domaine de l'abus émotionnel infantile et de l'étiologie des

perturbations alimentaires, elles ne sont pas encore pleinement intégrées. Ce cadre représente une tentative pour concentrer les connaissances sur les abus émotionnels infantiles à l'intérieur d'un modèle plus propice à une investigation systématique. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois qu'un modèle explicatif du rôle des abus infantiles est proposé (Rorty & Yager, 1993). Cependant, il s'agit de la première tentative pour considérer l'abus émotionnel infantile à l'intérieur d'un tel cadre étiologique.

À un niveau général, il est proposé que les abus émotionnels infantiles représentent un facteur de risque dans un modèle multifactoriel des perturbations alimentaires. Des résultats empiriques initiaux ont pu appuyer cette hypothèse (Kent et al., 1999; Mullen et al., 1996; Rorty et al., 1994), bien que la portée de ces résultats nécessite davantage de support empirique auprès d'un plus large spectre de désordres psychologiques. De manière plus spécifique, en observant l'impact des différentes formes d'expériences abusives, il est établi que les abus sexuels infantiles et les abus physiques infantiles représentent les meilleurs aspects prédictifs de la boulimie avec symptomatologie restrictive (Bushnell, Wells, & Oakley-Browne, 1992; Schmidt et al., 1993; Steiger & Zanco, 1990). Malgré l'évidence des liens entre l'abus émotionnel infantile et l'estime de soi (Briere & Runtz, 1988; Gross & Keller, 1992), le modèle de Kent et Waller (2000) propose que l'abus émotionnel infantile est un facteur de risque pour le développement d'une symptomatologie plus générale, commune à la boulimie et à l'anorexie, telle une insatisfaction corporelle, et la restriction alimentaire. Cette proposition ne concorde cependant pas avec celle d'autres chercheurs (p. ex., Root & Fallon, 1989; Rorty & Yager, 1993), lesquels avancent que toutes les formes d'abus

dans l'enfance ont un impact similaire de violation de la confiance en soi et sur les frontières personnelles. Toutefois, cette différence demeure ouverte à être testée empiriquement.

Kent et Waller (2000) considèrent que les processus affectifs ont une force de médiation entre les abus émotionnels infantiles et les perturbations alimentaires. De tels médiateurs affectifs (c'est-à-dire pour eux la dissociation, l'autodénigrement, la honte) peuvent être similaires dans les processus déterminant l'impact d'autres formes d'abus, ou peuvent être plus spécifiques aux abus émotionnels infantiles (l'estime de soi et l'anxiété). Les différences dans les liens de tels médiateurs peuvent se rapporter au renforcement de caractéristiques uniques de différentes formes d'abus (les abus physiques infantiles sont généralement plus directs et dramatiques, alors que les abus émotionnels infantiles sont insidieux et plus difficiles à attribuer extérieurement).

Pour Kent et Waller (2000), les abus émotionnels infantiles représentent un facteur de risque important dans le développement de perturbations alimentaires. Toutefois, les processus psychologiques, par lesquels les abus – quels qu'ils soient – rendent certains individus vulnérables aux perturbations alimentaires, sont complexes et nécessitent des liens médiateurs autant communs que spécifiques. Les différences dans ces processus sont susceptibles de résulter de plusieurs liens spécifiques entre diverses formes de traumatismes et différents symptômes de perturbations alimentaires. Malgré la nature plus pénétrante des abus émotionnels infantiles, l'hypothèse est soulevée qu'ils peuvent augmenter la vulnérabilité à une vaste étendue d'attitudes et de comportements alimentaires perturbés (via l'estime de soi ou de défenses immatures), plutôt que de se

rapporter à une symptomatologie spécifique, comme c'est le cas pour les abus physiques et sexuels infantiles. Kent et Waller (2000), de même que Everill et Waller (1995), insistent sur le fait que les modèles de compréhension permettant d'étudier les liens entre les traumatismes infantiles et les perturbations alimentaires doivent inclure le rôle psychologique de variables médiatrices. Le rôle des variables médiatrices est d'insister sur le fait que les perturbations alimentaires ont souvent pour fonction de modifier des états psychologiques (comme celui de bloquer des états de conscience reliés à des états affectifs intolérables – Root & Fallon, 1989).

Baron et Kenny (1986) rappellent cependant l'importance de différencier les facteurs causaux et modérateurs, et ce, depuis qu'il est établi que les modèles de causalité unique concernant les perturbations alimentaires (Fairburn et al., 1999; McManus & Waller, 1995) sont relativement inefficaces sans la compréhension des processus par lesquels chaque agent causal a un impact. Afin de préciser la procédure d'analyse empirique qui est appliquée dans cette thèse, on ne peut faire l'économie des facteurs causaux présentés par Tacq (1997). C'est d'ailleurs une lacune importante des études empiriques précédentes, en ce qu'elles ne distinguent pas le rôle précis de leurs variables indépendantes. Dans la présente recherche, la variable indépendante abus émotionnel infantile peut jouer un rôle médiateur ou un rôle modérateur. Ces rôles correspondent respectivement à des structures de causalité factice (modérateur) ou indirecte (médiateur). Ces deux structures ont en commun d'optimiser la compréhension d'une relation bivariable ($X \rightarrow Y$), en tenant compte d'une troisième variable Z. La

section suivante démontre brièvement la distinction entre rôle modérateur et rôle médiateur.

Rôles modérateur et médiateur et abus émotionnels infantiles

Dans le cas d'une relation factice (*spurious* en anglais), la relation de causalité entre une variable indépendante X et une variable dépendante Y ($X \rightarrow Y$) n'est en fait qu'un lien artificiel explicable entièrement ou en partie par la troisième variable Z (Vallerand & Hess, 2000). En considérant l'impact d'autres formes de traumatismes, des abus sexuels infantiles et des abus physiques infantiles ont davantage de conséquences pathologiques s'ils surviennent dans un contexte où il y a de l'abus émotionnel infantile. L'abus sexuel infantile et l'abus physique infantile ont en apparence un effet sur Y, alors que c'est l'abus émotionnel infantile qui est véritablement en cause (Figure 1). Kent et Waller (2000) précisent que l'abus émotionnel infantile joue dans ce cas un rôle modérateur, en influençant (soit en renforçant, soit en atténuant) l'impact d'autres agents causaux.

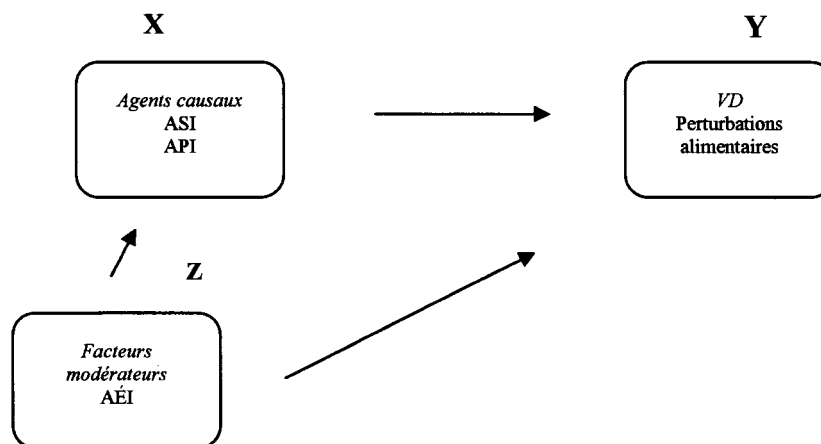


Figure 1. Effet « modérateur » ou structure de causalité factice.

Dans le cas d'une relation indirecte, il y a également une meilleure compréhension de X sur Y, mais cette fois, l'analyse permet de démontrer que cette influence est bien réelle, et qu'elle se matérialise en tout ou en partie par le biais d'une variable médiatrice Z (souvent intrapsychique, comme le sentiment de culpabilité). Cette seconde possibilité indique que l'abus émotionnel joue le rôle d'un facteur étiologique qui, en combinaison ou non avec d'autres agents causaux, mène à des conséquences psychologiques et physiologiques qui prédisposent l'individu à développer des perturbations alimentaires (Figure 2). Ce second modèle schématique est retenu et appliqué dans cette thèse parce qu'il permet de tenir compte d'un processus intermédiaire psychologique (ici le sentiment de culpabilité). Naturellement, seule cette conséquence *psychologique* en tant que variable médiatrice (sentiment de culpabilité) est mesurée empiriquement.

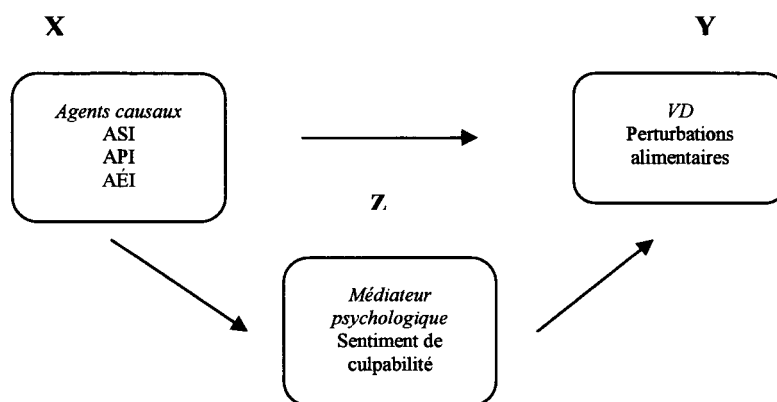


Figure 2. Effet « médiateur » ou structure de causalité indirecte.

Une fois cette structure de causalité indirecte assimilée, la spécification d'un cadre de compréhension du traumatisme dans les perturbations alimentaires devient plus apparente. Le modèle développé par Mejia et Ansermet (2000), à partir des relations

entre traumatisme et langage, postule que la sidération résultant de l'effraction traumatique laisse une trace matérielle (Delourmel, 2002) dans le réseau syntagmatique des locuteurs : pour parler, on doit d'abord décomposer des phrases en mots, puis utiliser ces unités pour recomposer de nouvelles phrases qui portent trace des situations et sentiments propres à l'individu qui les compose. L'arrêt de la pensée caractéristique du traumatisme est perceptible dans la répétition des syntagmes. Les syntagmes sont des ensembles improductifs, incapables d'instaurer de nouveaux liens associatifs. À l'aide du logiciel d'analyse de données textuelles *Alceste* (Reinert, 1986, 1993) appliqué à un groupe de participants ayant vécu des traumatismes comparé à un groupe contrôle, Mejia et Ansermet (2000) ont établi une corrélation entre l'utilisation d'un réseau syntagmatique fermé, incluant souvent des syntagmes figés, et l'expérience traumatique.

Ce qui est intéressant dans le modèle de Mejia et Ansermet (2000) pour le cadre de la présente thèse, c'est qu'il comporte l'idée d'une trace matérielle du traumatisme. Dans le cadre de cette thèse, il est en effet avancé que le sentiment de culpabilité représente une trace matérielle de traumatismes infantiles, mais peut-être plus fidèle qu'une trace syntagmatique. En effet, les travaux de Mejia et Ansermet (2000) laissent entendre que la conscience (du traumatisme) émerge du langage par les syntagmes, mais ces observations doivent être nuancées en considérant les recherches de Damasio (1999, 2002). Cet auteur démontre de manière convaincante que la conscience (ou les consciences) précède(nt) le langage, que le processus de base de la conscience est « implacablement traduit par le langage » (2002, p. 144), mais recouvert par lui, en somme. Les recherches de Damasio (1999, 2002) permettent de discerner que la

conscience se manifeste d'abord dans le registre affectif (sentiment). Les traumatismes relevant d'abus émotionnels seraient ainsi ancrés à un autre niveau que le langage. Par sa nature linéaire, le langage serait certes un moyen de retracer par l'introspection certaines souffrances issues de tels abus. Mais, étant donné que les symptômes qui découlent de ces abus sont affectifs, le langage ne peut relater qu'avec une précision limitée ces souffrances d'un autre ordre que lui. Les sentiments de culpabilité deviennent alors une trace empirique plus fiable que les syntagmes parce qu'ils sont moins filtrés par les subtilités du langage.

Néanmoins, le modèle de Mejia et Ansermet (2000) est impératif pour le parcours en deux temps du traumatisme qu'il propose. Le premier temps est celui de la sidération, c'est-à-dire de l'inassimilable psychiquement. La sidération se manifeste par le vide de pensées et d'actes ou par le trop-plein d'idées et l'agir incessant. C'est le moment qui coïncide avec l'abus émotionnel traumatique, moment qui peut être bien ponctué ou s'échelonnant sur un temps indéterminé, voire indéterminable. Pendant les expériences à caractère traumatique pour l'enfant, ce dernier est projeté hors du temps, dans cet endroit où il n'y a ni passé ni avenir. Le deuxième temps est celui d'une tentative de mise en sens de l'événement traumatique. Il s'agit d'une tentative d'assimilation du réel traumatique à travers un scénario fantasmatique (voir la Figure 3).

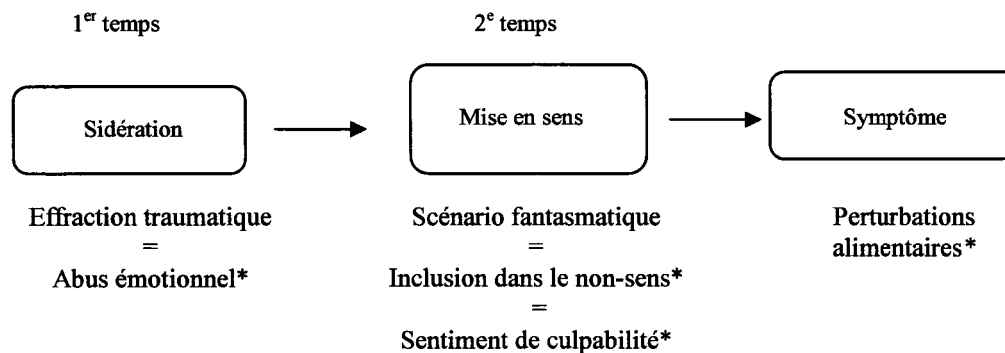


Figure 3. Modèle du traumatisme.

**Note :* Toutes les expressions suivies d'un astérisque n'appartiennent pas au modèle de Mejia et Ansermet (2000).

Pour Miller (1986) et Basset (1999, 2003), un sens est donné au traumatisme par l'enfant en s'y incluant lui-même : de manière fantasmatique, l'enfant devient la cause du traumatisme. En effet, après le traumatisme, la souffrance doit être transformée en fantasme, car elle est intolérable. C'est une loi psychique vitale, de survie. Puisque l'événement traumatique se produit sans le consentement ou le désir de l'enfant (comme tout traumatisme), cette notion de traumatisme inclut celle d'absurdité et de non sens. Il y a un passage du fantasme au symptôme dont la personne ne peut plus se défaire. Le traumatisme évolue du non-sens au sens figé. L'apparition des symptômes (comportements alimentaires perturbés) est un signe que la personne est en train de saisir sa souffrance, mais n'est pas capable de la formuler en mots.

La présente recherche émet l'hypothèse qu'une façon de donner un sens à l'abus émotionnel est d'être envahi d'un sentiment de culpabilité, rejoignant ainsi les conceptions de Miller (1986) et de Basset (1999, 2003). Le rôle du fantasme élaboré par

Mejia et Ansermet (2000) est précisé ici comme une réaction au mal subi (Figure 3) par l'enfant dans l'expérience traumatique. L'inclusion de l'enfant dans le non sens du traumatisme donne alors cours à une réaction affective qu'est le sentiment de culpabilité. Ce sentiment devient facteur causal de perturbations alimentaires. Plus le sentiment de culpabilité est intense, plus le traumatisme l'a été.

Ce processus de l'expérience traumatique place la manifestation émotive au cœur d'une logique psychique unissant l'expérience traumatique infantile et les perturbations alimentaires subséquentes. Posée en ces termes, la description de cet enchaînement mène à jeter les bases de la position empirique dans cette thèse, à savoir que le sentiment de culpabilité assume la fonction d'une variable médiatrice entre les abus émotionnels infantiles et les perturbations alimentaires subséquentes chez l'adulte. À l'intérieur de cette position théorique de compréhension du traumatisme, le sentiment de culpabilité représente la trace d'un travail psychique élaboré et mis en place pour sortir de l'effraction traumatique (l'abus émotionnel infantile). Ce sentiment a une charge de sens, mais l'accès à son origine en est souvent rendu difficile, si ce n'est que par le symptôme alimentaire qui en matérialise la présence.

Cette thèse situe le phénomène émotif – le sentiment de culpabilité – au premier plan dans la façon de concevoir un modèle étiologique des perturbations alimentaires. Le processus d'élaboration de cette étude a donc convergé sur la relation présumée entre traumatisme infantile et sentiment de culpabilité. La position théorique de Miller (1986) s'est logiquement greffée à ce travail, en mettant l'accent sur les liens entre le sentiment

de culpabilité et le corps, ce dernier étant fondamental dans la compréhension psychodynamique des personnes présentant des perturbations alimentaires.

Bien qu'il n'y ait pas de support empirique direct de la position théorique de Miller (1986) et de Basset (2003) sur le sentiment de culpabilité (O'Connor et al., 1997; Tangney, 1990; Tangney, 1995; Tangney et al., 1992), le *Guilt Inventory Scale* (Jones et al., 1992) nous a semblé l'instrument s'approchant le plus des manifestations émotionnelles et comportementales associées au sentiment de culpabilité décrites par ces auteurs. Comme d'autres instruments de mesure du sentiment de culpabilité ayant servi de support à des études empiriques, le *Guilt Inventory Scale* a l'avantage de fournir un score total de l'intensité actuelle du sentiment de culpabilité vécu. Cet instrument servira d'appui à cette question de recherche posée dès les premières lignes de cette thèse : le sentiment de culpabilité modifie-t-il le cours naturel de la fonction vitale de la faim dans les perturbations alimentaires? Cette étude propose d'étudier le sentiment de culpabilité en tant que variable médiatrice entre différentes formes de traumatismes infantiles et des perturbations alimentaires subséquentes à l'âge adulte.

Pertinence de la recherche

La vaste majorité des recherches sur les perturbations alimentaires est conduite avec des populations de patients répondant aux critères diagnostiques formels d'un trouble alimentaire. L'évaluation des perturbations alimentaires dans les populations n'ayant pas été cliniquement diagnostiquées avec ces troubles graves est éparse et laisse sans réponse plusieurs questions, surtout en regard du vaste continuum de la

symptomatologie rencontrée dans les perturbations alimentaires en général, et de l'identification des symptômes sous les seuils diagnostiques.

Les critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) pour l'anorexie mentale et la boulimie dérivent de la contribution de cliniciens qui traitent seulement des patients qui cherchent de l'aide pour leurs problèmes alimentaires. Fairburn et Beglin (1990) soulignent qu'il y a une insuffisance de recherches avec différentes populations dans la communauté. L'identification des facteurs de risque pouvant accroître la compréhension des mécanismes psychologiques touchant le début des perturbations alimentaires, parmi ces populations, est importante. Des formes plus subtiles de traumatismes chez ces populations peuvent passer inaperçues dans les investigations des cliniciens. C'est pourquoi ces personnes doivent recevoir une attention empirique accrue.

Avec le cumul d'une plus grande reconnaissance des perturbations alimentaires et des abus infantiles (Fairburn & Beglin, 1990), il est impératif de parvenir à une compréhension profonde des facteurs développementaux qui contribuent à l'émergence de tels problèmes. Les recherches examinant la contribution de différentes formes de traumatismes infantiles dans le développement de perturbations alimentaires ouvrent un champ permettant aux cliniciens, médecins et éducateurs de toutes obédiences dans la communauté, d'être mieux informés sur les environnements infantiles et les caractéristiques psychologiques qui peuvent prédisposer les jeunes à développer de sérieux problèmes alimentaires (Julien, 2001). Il peut en découler une plus grande capacité à concevoir de meilleurs programmes de prévention, en permettant de mieux

discriminer les adolescents et les jeunes adultes qui sont les plus à risque de développer des problèmes du comportement alimentaire (Killen, Taylor, Hammer, Litt, Wilson, & Rich, 1993). D'un point de vue psychothérapeutique, Julien (2001) souligne qu'il est important pour les cliniciens d'être alertés des possibilités de réponses post-traumatiques chez les patients qui présentent des problèmes alimentaires.

Pour aider les personnes présentant des pathologies alimentaires graves, il est important de se pencher aussi sur celles qui présentent une symptomatologie alimentaire équivoque, à la limite de nécessiter des soins professionnels. Il faut aussi étudier comment ces dernières vivent certaines facettes de leurs expériences émotionnelles reliées à cette symptomatologie. Avec cette perspective en tête, la présente recherche explore la pleine portée des conduites alimentaires, cherchant ainsi à dénouer davantage le vaste continuum des perturbations alimentaires, plutôt que d'identifier seulement les individus avec des troubles alimentaires sévères.

En référence aux théories des traumatismes exposées dans cette thèse, il est anticipé que les participantes ayant des perturbations alimentaires et des niveaux élevés de sentiments de culpabilité, rapporteront aussi plus d'expériences d'abus émotionnel infantile. Cette anticipation conduit à la présentation de la dernière section de ce chapitre, à savoir les objectifs et les hypothèses de recherche poursuivis dans cette thèse.

Objectifs, hypothèse principale et sous-hypothèses de la recherche

Cette thèse se penche sur le sentiment de culpabilité en tant que déterminant psychologique impliqué dans les perturbations alimentaires chez un échantillon de

jeunes femmes adultes. Le parcours suivi à partir de la souffrance infantile associée aux premières relations entre le très jeune enfant, la nourriture et l'affectivité, nous a exposé à préciser comment ce déterminant pouvait évoluer dans l'enfance consécutivement à des traumatismes associés à cette période de la vie. Cette investigation a conduit à cerner le sentiment de culpabilité comme étant un déterminant des perturbations alimentaires.

L'objectif général de la présente étude consiste à évaluer la relation entre différentes formes de traumatismes infantiles et des perturbations alimentaires. L'objectif spécifique consiste à soutenir que la présence de perturbations alimentaires chez des participantes adultes est associée significativement à un sentiment de culpabilité et des traumatismes infantiles.

Il est postulé que les perturbations alimentaires représentent la part d'une large constellation de réponses symptomatiques à des expériences traumatiques infantiles, dont plus spécifiquement l'abus émotionnel infantile, tel que défini théoriquement par Miller (1986) et empiriquement par Bernstein et al. (1994), et que chez plusieurs de ces participantes, des niveaux particuliers de sentiments de culpabilité seront observés.

Cette recherche vise ainsi à vérifier les hypothèses suivantes :

Hypothèse principale :

Le sentiment de culpabilité fera une médiation entre l'abus émotionnel infantile et des perturbations alimentaires chez les participantes universitaires.

Sous-hypothèses :

- (1) l'abus émotionnel infantile sera significativement lié à un sentiment de culpabilité chez les participantes universitaires;

- (2) l'abus émotionnel infantile sera significativement lié à la présence de perturbations alimentaires chez les participantes universitaires;
- (3) le sentiment de culpabilité sera associé significativement à des perturbations alimentaires chez les participantes universitaires.

Les trois sous-hypothèses sont constitutives de la première, et donc secondaires par rapport à cette dernière.

Méthodologie

Ce troisième chapitre de la thèse aborde la méthodologie, soit le devis de recherche, la description des participantes de l'échantillon, les instruments de mesure utilisés, et le déroulement, c'est-à-dire la description de la méthode utilisée lors de la collecte des données.

Devis de recherche

La présente recherche doctorale fait référence à un plan de recherche corrélational de type confirmatif (Vallerand & Hess, 2000). Dans ce type d'étude, l'objectif poursuivi est essentiellement de vérifier la validité de certaines hypothèses ou de confirmer la validité d'un construit ou d'un modèle théorique. Nos hypothèses ont été déduites de modèles théoriques, essentiellement ceux de Basset (2003) et de Miller (1986).

Selon Vallerand et Hess (2000), les études corrélationnelles confirmatoires sont particulièrement utiles lors de la vérification de modèles théoriques. Les auteurs soulignent que le chercheur met un accent particulier sur un modèle hypothétique précis. L'objectif de l'étude est de mettre à l'épreuve ce modèle. Comme c'est le cas dans la présente recherche, la direction des liens entre les variables et les mécanismes unissant théoriquement les variables est définie à l'avance. Vallerand et Hess (2000) précisent que les études corrélationnelles confirmatives comprennent aussi une séquence d'apparition, suggérant que ces variables suivent un ordre temporel précis reliant

progressivement une première variable indépendante à une variable médiatrice et à une variable dépendante. Après avoir recueilli les données, le chercheur analyse celles-ci en tentant de déterminer à quel point elles s'harmonisent au(x) modèle(s) proposé(s). Pour ce faire, le recours à une méthode d'analyses multivariées est privilégié, ici une régression linéaire multiple, de type confirmatoire.

Les principaux inconvénients des plans corrélationnels sont (1) le manque de contrôle des variables indépendantes et (2) le fait que celles-ci ne soient pas manipulées, ce qui peut avoir des conséquences sur la validité interne.

Variable médiatrice

Pour tester l'effet du sentiment de culpabilité comme variable médiatrice entre les formes de traumatismes infantiles et les perturbations alimentaires, une analyse de régression linéaire multiple, incluant un type d'analyse appelé « acheminatoire »¹⁴ (*path analysis*, en anglais), est utilisée. L'analyse acheminatoire consiste à déterminer les liens entre les différentes variables. Alain (2004) précise que dans ce modèle, même si on parle de causalité, cela n'est fait que dans le but d'indiquer une direction entre les variables, sans référer à une causalité dans son sens usuel.

Une particularité de ce type d'analyse réside dans le fait qu'une variable peut jouer un rôle de variable explicative (donc prédictive) et être, en même temps, expliquée par d'autres variables (Figure 4). Dans un modèle relativement complexe comme celui utilisé dans cette thèse, la détermination de tous les coefficients bêtas (appelés alors

¹⁴ Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'analyse acheminatoire n'est pas une procédure récente. Wright (1934) compte parmi les premiers à en avoir fait usage dans le domaine de l'agriculture. Les sociologues Blalock et Duncan ont repris les idées de Wright dans les années 1960. Par la suite, cette procédure a pris une ampleur considérable avec les approches d'analyses d'équations structurales.

coefficients acheminatoires) s'obtient par la production d'autant d'équations de régression multiples qu'il y a de variables endogènes à expliquer. La présente recherche suit les directives du modèle de Baron et Kenny (1986). Ainsi, les résultats de trois analyses de régression multiples devront être obtenus. L'analyse acheminatoire peut ainsi être considérée comme une extension de l'analyse de régression multiple :

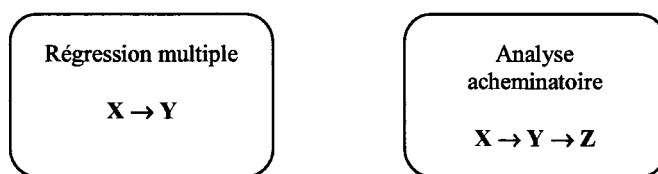


Figure 4. Régression multiple et analyse acheminatoire.

Dans leur modèle de régression, Baron et Kenny (1986) énoncent le respect de directives (Figure 5) qui sont définies par trois conditions d'analyse permettant d'examiner les relations directes et indirectes entre les cinq formes de traumatismes infantiles (mesurées par le *Childhood Trauma Questionnaire*) et les perturbations alimentaires (mesurées par le *Eating Attitudes Test*). Premièrement, il doit y avoir une relation significative entre la variable indépendante et la variable médiatrice (« a » est significatif). Il doit également y avoir une relation significative entre la variable médiatrice et la variable dépendante (« b » est significatif). Enfin, quand « a » et « b » sont contrôlés statistiquement, une relation qui était significative entre la variable indépendante et la variable dépendante (« c ») ne l'est plus. Dans ce cas, il s'agit d'une démonstration « forte » de l'effet de médiation. Dans le cas où la relation est moins

significative, il s'agit d'une démonstration « plus faible » de l'effet de médiation (Alain, 2004).

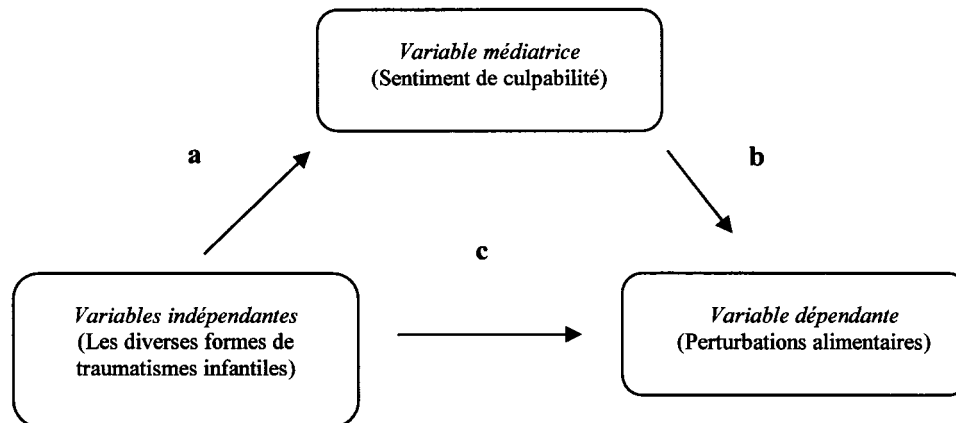


Figure 5. Modèle de l'effet de la variable médiatrice.

Note. Dans un modèle de régression standard tel qu'utilisé dans cette thèse, les variables indépendantes sont entrées simultanément, peu importe l'ordre, pour prédire la variable dépendante (Alain, 2004; Vallerand & Hess, 2000).

Dans la présente étude, avant de tester l'influence médiatrice possible du sentiment de culpabilité entre les formes de traumatismes infantiles et les perturbations alimentaires, il faut régresser la variable dépendante (perturbations alimentaires) sur les cinq formes de traumatismes infantiles du *Childhood Trauma Questionnaire* (Abus émotionnel, Négligence émotionnelle, Abus physique, Abus sexuel, Négligence physique). Les résultats de cette opération sont présentés dans la section *Résultats* de la thèse.

Il faut préciser que l'analyse acheminatoire utilisée dans cette recherche n'est qu'une manière parmi d'autres de nommer une réalité humaine fort complexe. L'analyse acheminatoire ne teste pas la causalité à proprement parler. En outre, il peut y avoir un ou plusieurs autres modèles théoriques que ceux utilisés dans cette thèse, et qui seraient

vraisemblablement tout aussi plausibles. En résumé, en analyse acheminatoire, on ne teste que la capacité des données recueillies à reproduire les modèles théoriques testés (Alain, 2004).

Participant·es

Les participant·es sont recrutées entre décembre 2004 et avril 2005 à l'Université de Sherbrooke (Québec). Elles proviennent des classes de droit dans 53 % des cas ($n = 89$), d'administration dans 25 % des cas ($n = 40$), de psychoéducation dans 18 % des cas ($n = 30$), et de biologie dans 4 % des cas ($n = 7$). L'implication des 166 participant·es dans l'étude s'effectue sur une base de participation volontaire. Les considérations justifiant ce choix d'une population non clinique (universitaire) s'appuient sur les recommandations de Fairburn et Beglin (1990). Ces auteurs observent qu'il y a un large spectre de perturbations alimentaires dans la communauté, touchant des groupes d'individus difficiles à évaluer selon des critères diagnostiques formels.

L'une des caractéristiques psychologiques assez typique de cette population universitaire, soit le perfectionnisme (Ruggiero et al., 2003), en fait une clientèle plus à risque de développer des comportements alimentaires perturbés, avec un taux d'incidence de 82,7 pour 100 000 (Hoek, Bartelds, Bosveld, van der Graaf, Limpens, & Maiwald, 1995; Soundy, Lucas, Suman, & Melton, 1995).

Les critères retenus pour solliciter les participant·es sont les suivants :

- 1) être de sexe féminin;
- 2) être âgée de plus de 18 ans;

3) être étudiante à temps plein dans un programme de premier cycle universitaire.

Le but de la recherche ne visant pas une compréhension différentielle des perturbations alimentaires quant au sexe des participants, seule l'appartenance au sexe féminin des participantes de l'échantillon a été retenue comme critère d'inclusion. Les femmes constituent en effet la majorité des personnes souffrant de perturbations alimentaires (Williamson, Barker, & Norris, 1993). L'âge adulte des participantes (supérieur à 18 ans), comme critère d'inclusion, rend compte du contexte théorique de cette étude voulant que soient mieux comprises les conséquences psychologiques des traumatismes infantiles auprès d'une population majeure. En effet, les données empiriques soulignent que l'apparition des problèmes alimentaires avant l'âge de 17 ans semble davantage réactionnelle aux manifestations pubertaires (Meilleur, 1997).

Des données descriptives concernant les participantes sont maintenant présentées. La Figure 6 illustre la répartition des âges des participantes et permet de voir que celles-ci sont âgées en moyenne de 21,86 ans [$(\bar{X}; \acute{E}T = 3,55)$ la dispersion allant de 18 (âge fixé) à 42 ans]. Les Figures 7 et 8 montrent certains résultats relatifs au poids des participantes obtenus au *Questionnaire d'informations générales* (voir Appendice C). La Figure 7 montre que le poids actuel moyen rapporté au moment de l'expérimentation pour l'ensemble des participantes de l'échantillon est de 61,34 kg ($\acute{E}T = 11,00$ dispersion allant de 40 kg à 125 kg). La Figure 8 révèle que le poids maximum atteint rapporté sur toute la vie (65,15 kg; $\acute{E}T = 14,13$) et le poids minimum atteint rapporté au cours des trois dernières années (57,20 kg; $\acute{E}T = 14,70$) présentent une différence très significative de 7,26 kg ($p = 0,009$) entre les participantes présentant des perturbations alimentaires

($n = 20$) et celles ne présentant pas de perturbations alimentaires ($n = 146$). L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est de $22,68 \text{ (kg/m}^2\text{, } \acute{E}T = 3,77)$, et la taille moyenne des participantes est de $164,53 \text{ cm (}\acute{E}T = 6,50)$. À titre indicatif, les participantes sont célibataires dans une proportion de $83,1 \%$ ($n=138$), mariées dans $1,8 \%$ ($n=3$) des cas, conjointes de fait dans $12,7 \%$ ($n=21$) des cas, séparées dans $1,8\%$ ($n=3$) des cas, et divorcées dans $0,6\%$ ($n=1$) des cas.

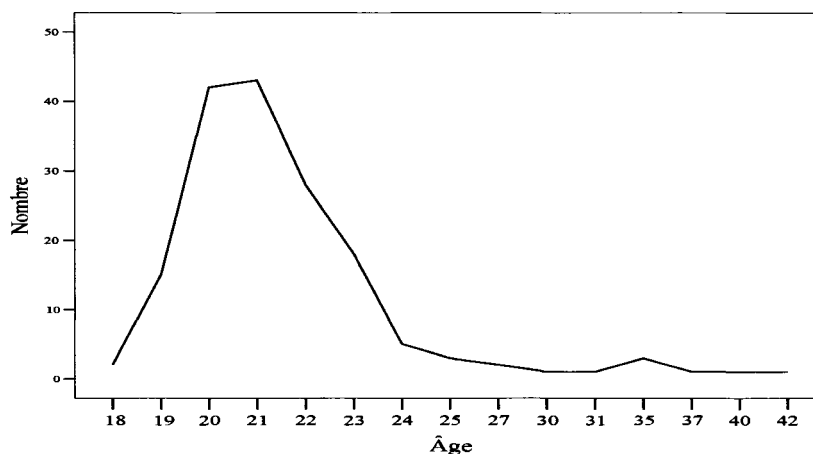


Figure 6. Âge moyen des participantes.

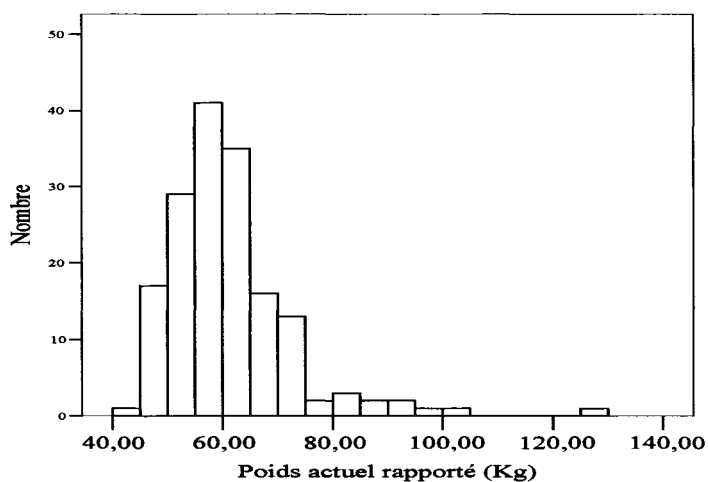


Figure 7. Poids moyen au moment de l'expérimentation.

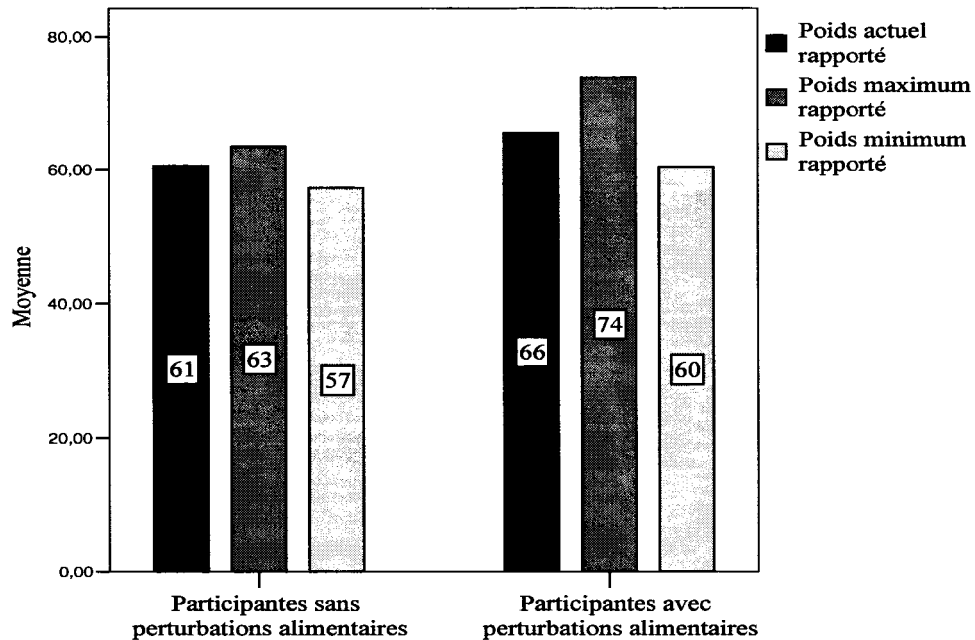


Figure 8. Poids maximum et minimum rapportés.

Au total, 166 participantes complètent les questionnaires. Même si les classes sont constituées autant d'étudiants masculins et féminins, seules les femmes de chacune des classes où s'effectue l'expérimentation participent à la recherche. Aucune participante ne se désiste du processus de passation des questionnaires.

Instruments de mesure

Questionnaire d'informations générales

Le *Questionnaire d'informations générales* (Appendice C) est administré à toutes les participantes de l'étude. Les questions portent sur des variables sociodémographiques et physiques (poids actuel, poids maximum antérieur, taille). Ces informations sont

consignées dans les recherches sur les perturbations alimentaires afin d'y déceler, le cas échéant, des observations statistiques inhabituelles ou non prévues par les hypothèses initiales. Elles peuvent être particulièrement utiles pour guider des voies d'investigations conceptuelles et empiriques éventuelles.

Eating Attitudes Test (EAT-26)

Le questionnaire *Eating Attitudes Test* est la version abrégée de 26 items (voir Appendice D) élaborée par Garner et Garfinkel (1979). La version originale de l'instrument comprenait 40 items. Le *Eating Attitudes Test* abrégé est un instrument d'auto-évaluation qui porte sur les attitudes alimentaires. La participante y répond sur une échelle de type Likert en 6 points, graduée de « toujours » à « jamais ». Un score allant de 0 à 3 est attribué à chaque item et le score global correspond à l'addition des résultats à chacun des énoncés. Un score global égal ou supérieur à 20 est un indice de la présence de comportements alimentaires perturbés. Les études qui ont utilisé cet instrument auprès de populations adolescentes non cliniques rapportent une sensibilité de 88,1 %, une spécificité de 96,1 %, et une valeur de prédiction positive de 53 % (Mann, Wakeling, & Wood, 1983). Considérant cette valeur prédictive élevée, Mintz et O'Halloran (2000), ainsi que Williams (1987), proposent d'utiliser le test *Eating Attitudes Test* comme instrument de dépistage plutôt que de diagnostic lorsqu'administré à une population non clinique. Mintz et O'Halloran (2000) suggèrent aussi sa très grande utilité auprès d'une population clinique répondant à un diagnostic psychiatrique.

Cet instrument s'avère un outil de dépistage des troubles alimentaires anorexiques, boulimiques et hyperphagiques, utilisé auprès de populations clinique et non clinique. Il

peut aussi être utilisé dans un contexte de traitement ou de recherche (Button & Whitehouse, 1981; Leichner & Gertler, 1988; Thompson & Schwartz, 1982). Le degré de validité entre le résultat obtenu à ce test et la présence ou non d'un trouble alimentaire est de 0,87 ($p < 0,001$). La consistance interne est de 0,79 ($n = 33$) pour les patients anorexiques, et de 0,94 ($n = 92$) pour les deux groupes réunis (Garner & Garfinkel, 1979). La validation de cet instrument auprès d'une population clinique, adolescente et francophone ($n = 17$), et non clinique ($n = 34$) permet de confirmer ses caractéristiques psychométriques, soit la distribution des scores, la consistance interne et la spécificité du score-seuil (Leichner, Steiger, Puentes-Neuman, Perreault & Gottheil, 1994). L'homogénéité interne de l'échelle globale mesurée par le coefficient alpha de Cronbach (1951) est de 0,86 pour les francophones (Leichner et al., 1994). Le *Eating Attitudes Test* mesure le degré de sévérité des symptômes liés aux troubles alimentaires. Dans le cadre de cette thèse, le test sert à confirmer l'intensité des perturbations alimentaires présentées chez les participantes.

Childhood Trauma Questionnaire

Le *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) est un instrument rétrospectif développé par Bernstein et al. (1994; Bernstein & Fink, 1998; Bernstein, Ahluvalia, Pogge, & Handelsman, 1997), visant à rapporter l'histoire de différentes formes d'abus et de négligence (voir Appendice E). Des recherches antérieures ont démontré la validité des instruments rétrospectifs (Bifulco, Brown, Lillie, & Jarvis, 1997; Spieker, Bensley, McMahon, Fung, & Osslander, 1996). Le *Childhood Trauma Questionnaire* convient à des études corrélationnelles sur les séquelles traumatiques de l'enfance effectuées auprès

d'adultes (Briere, 1992b). C'est un questionnaire qui comprend 70 items, utilisant une échelle de type Likert, comportant cinq choix de réponse de *Jamais vrai* (1) à *Très souvent vrai* (5). Cinq experts de la maltraitance (professeurs et chercheurs) ont spécifié pour chacun des items le score à partir duquel ils considèrent qu'il y a un risque de maltraitance. Les points de coupure utilisés par les auteurs de la traduction française du questionnaire (Paquette et al., 2004) pour déterminer la présence d'une histoire de maltraitance significative sont, pour chacune des cinq échelles, la moyenne des scores (entre 1 et 5) des juges-experts arrondie à l'unité la plus près. Le Tableau 1 présente le point de coupure moyen de chacune des cinq échelles.

Tableau 1

Données psychométriques et points de coupure du CTQ

	Nombre d'items	Alpha	Test-Retest ($p < 0,01$)	Point de coupure
Négligence émotionnelle	17	0,94	0,94	≥ 46
Abus physique	10	0,92	0,96	≥ 25
Abus émotionnel	12	0,91	0,94	≥ 41
Négligence physique	8	0,79	0,94	≥ 26
Abus sexuel	5	0,87	0,76	≥ 11

Le *Childhood Trauma Questionnaire* a été élaboré à partir d'une revue détaillée de la documentation sur la maltraitance et d'une entrevue structurée, le *Childhood Trauma Interview*, développée par Bernstein et al. (1994). Leurs analyses, avec un échantillon de 286 patients ayant un problème de dépendance à l'alcool ou à la drogue, avaient d'abord

permis de dégager quatre facteurs : l'abus physique et émotionnel, la négligence émotionnelle, la négligence physique et l'abus sexuel. Subséquemment, Bernstein et al. (1997) ont validé le *Childhood Trauma Questionnaire* avec une population de 398 patients adolescents psychiatisés, âgés de 12 à 17 ans. Cette dernière étude a permis de séparer l'abus émotionnel de l'abus physique, et de mettre ainsi en évidence la présence de cinq facteurs qui expliquent 55 % de la variance totale. Tous les facteurs montrent de hauts niveaux de consistance interne (alpha de Cronbach = 0,79-0,94), et ce, aussi bien pour l'échelle totale (alpha de Cronbach = 0,95). La fidélité test-retest du *Childhood Trauma Questionnaire* est aussi élevée, autant pour les facteurs individuels (coefficient intraclass = 0,80-0,83) que pour l'échelle totale (coefficient intraclass = 0,88). Les intercorrélations entre les facteurs varient entre 0,25 et 0,58, avec un médian de 0,47. Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre les facteurs ou sur le score total, et sur les mesures de vocabulaire et la désirabilité sociale ($r < 0,10$ pour toutes les corrélations).

Le *Childhood Trauma Questionnaire* a aussi démontré une validité convergente entre des entrevues cliniques portant sur les abus durant l'enfance et le taux d'abus détectés par des thérapeutes expérimentés (Bernstein & Fink, 1998; Bernstein et al., 1997; Handelsman, Foote, & Lovejoy, 1995). Les corrélations entre les entrevues portant sur l'investigation des abus et leur correspondance avec les échelles du *Childhood Trauma Questionnaire* auprès d'adultes abusés sont, pour l'abus émotionnel et la négligence physique, de 0,42, et pour l'échelle de l'abus sexuel, de 0,58 (Bernstein & Fink, 1998). Les corrélations entre les taux d'abus détectés par des thérapeutes et les

échelles du *Childhood Trauma Questionnaire*, parmi des patients adolescents hospitalisés en psychiatrie sont, pour l'échelle de la négligence physique de 0,42, et pour l'échelle de l'abus sexuel de 0,72 (Bernstein et al., 1997). La fiabilité du questionnaire est aussi encourageante. La fiabilité test-retest s'étend de 0,79 à 0,86 sur une moyenne de quatre mois, suggérant que le questionnaire peut être résistant aux biais rapportés aux états d'humeur passagers, aussi bien qu'aux psychopathologies à long terme.

Le *Childhood Trauma Questionnaire* est un instrument facile d'emploi et utile pour les études comparatives. Premièrement, la facilité de sa procédure d'administration et son caractère relatif de non-invasion en font un instrument de dépistage approprié en clinique et en recherche (Bernstein et al., 1994). Deuxièmement, puisqu'il mobilise moins de temps à administrer que plusieurs interviews, le *Childhood Trauma Questionnaire* convient à une large échelle d'études corrélationnelles sur les séquelles traumatiques de l'enfance auprès d'adultes avec lesquels, par le passé, les résultats obtenus étaient limités, faute de la faible puissance statistique de trop petits échantillons (Briere, 1992b). Le *Childhood Trauma Questionnaire* utilise des scores continus (c'est-à-dire les facteurs sur une échelle de type Likert) plutôt que des cotes dichotomiques (c'est-à-dire présent/absent) sur le traumatisme, ce qui présente un avantage quant à la puissance statistique escomptée (Cohen, 1977). Finalement, ce questionnaire permet l'évaluation de multiples dimensions qui facilitent les études comparatives de l'impact de différents types de traumatismes (tel que l'abus versus la négligence), et autorise des études qui tentent de distinguer les effets spécifiques des traumatismes d'autres caractéristiques de l'environnement impliquées dans l'éducation des enfants.

Guilt Inventory Scale

Le *Guilt Inventory Scale* (voir l'Appendice B) est un instrument développé par Jones et al. (1992). Cet instrument comprend 45 items qui mesurent trois paramètres révélant l'intensité du sentiment de culpabilité : l'état de culpabilité, la culpabilité comme trait (culpabilité-trait), et les standards moraux. La culpabilité-trait est définie comme un sentiment permanent de culpabilité au-delà des circonstances immédiates. L'état de culpabilité est apprécié comme des sentiments coupables vécus au moment présent se rapportant à une transgression actuelle ou récente. Les standards moraux sont précisés comme un code de principes moraux sans référence à des comportements ou des croyances spécifiques.

Les items du *Guilt Inventory Scale* sont distribués inégalement. L'échelle de la culpabilité-trait comporte 20 items, l'échelle de l'état de culpabilité en comporte 10, et l'échelle des standards moraux comprend 15 items. Les réponses aux items sont présentées sur une échelle de type Likert en 5 points, allant de *Fortement en accord* (5) à *Fortement en désaccord* (1). Pour chacune des échelles, approximativement la moitié des items doivent être cotés inversement pour refléter moins de culpabilité ou moins de standards moraux. Les items sont donc cotés de telle sorte que plus le score de chaque item est élevé, plus cela reflète l'ampleur du sentiment de culpabilité ou des standards moraux. Ces échelles sont administrées sur un inventaire de 45 items qui sont partout distribués au hasard (Jones & Kugler, 1993). Dans le cadre de cette thèse, malgré l'inégalité des items, seul le score total cumulé des trois échelles est retenu comme indice de l'intensité de la présence d'un sentiment de culpabilité.

La fiabilité interne et test-retest de l'instrument ont été démontrés et la validité a été contrôlée par le calcul de la convergence des moyennes ainsi que la validité discriminante de chaque échelle, et ce, en utilisant une série de mesures alternatives à l'intérieur de chacun des trois domaines (c'est-à-dire le trait, l'état, et les standards moraux). La validité a ainsi été établie en démontrant que chaque échelle était plus fortement liée à la moyenne avec des échelles alternatives à l'intérieur de ses domaines qu'avec des échelles alternatives d'autres domaines (Kugler & Jones, 1992). Le *Guilt Inventory Scale* a aussi été utilisé dans les recherches ciblant la nature interpersonnelle de la culpabilité (Jones & Kugler, 1993; Jones et al., 1995) et a été reconnu pour son importance en clinique (Dorahy & Schumaker, 1996; Meehan, O'Connor, Berry, & Weiss, 1996).

Jones et al. (1992) rapportent une consistance interne (alpha de Cronbach) pour la propension à la culpabilité de 0,89, pour l'état de culpabilité de 0,83, et pour les standards moraux de 0,81, chez un échantillon de 1041 adultes. La fiabilité test-retest après 10 semaines d'intervalles se situe pour la culpabilité-trait à 0,72, pour l'état de culpabilité à 0,56, et pour les standards moraux à 0,81.

Actuellement, il n'existe aucun instrument de mesure en langue française consacré exclusivement au sentiment de culpabilité. Une traduction française du *Guilt Inventory Scale* (voir Appendice F pour la version originale anglaise) a donc été effectuée en suivant les recommandations émises par Hébert, Bravo, et Voyer (1994). D'après ces auteurs, aucune étude n'a démontré une altération significative de la fidélité et de la validité d'un instrument par le seul fait de sa traduction : « le consensus sur les critères

indispensables à satisfaire pour utiliser en recherche un instrument traduit suppose qu'au préalable la fidélité et la validité de l'instrument original aient été bien démontrées » (Hébert et al., 1994, p. 402). Certes, la validité d'un instrument peut être influencée par la différence de culture de la population-cible, mais ce problème existe aussi lorsqu'un instrument de langue anglaise, validé auprès d'un échantillon américain, est appliqué à une population britannique ou canadienne.

Ainsi, afin de s'assurer de préserver les caractéristiques métrologiques (psychométriques) de l'instrument, les recommandations émises par Hébert et al. (1994) ont été respectées. La première étape consiste en la traduction française de l'instrument comme tel, effectuée dans cette étude de manière indépendante par deux étudiantes en traduction au Département des lettres et communications de l'Université de Sherbrooke (A.-M. Regimbald, & T. S. Ortiz) et par la Dre Patricia Godbout, Ph. D., professeure agrégée de traduction, également de ce même département à l'Université de Sherbrooke. Selon Hébert, Bravo, et Girouard (1993), en comparant des traductions différentes, cette procédure permet, lorsqu'il y a divergence, de choisir la traduction la plus appropriée après examen de la version originale. Hébert et al. (1994) insistent sur le fait que cette première étape ne doit pas être réalisée par l'auteur de l'étude car il risque d'introduire des biais tant au niveau de la langue utilisée que du contenu de l'instrument lui-même. Au terme de cette première étape, les trois traductions proposées par les deux étudiantes et la professeure ont présenté une concordance élevée, de telle sorte que le consensus sur le choix d'une version appropriée s'est effectué avec assurance et un grand souci de parcimonie.

Une traduction renversée parallèle est ensuite effectuée (Vallerand, 1989). Cette procédure consiste en la retraduction de la version française en anglais par un autre traducteur, de façon à comparer la version retraduite à la version originale. Cette comparaison permet d'identifier les biais pouvant survenir dans le processus de traduction (Hébert et al., 1994). Dans le cadre de cette étude, cette retraduction a été effectuée par la Dre Pamela Grant, Ph. D., professeure agrégée en traduction au Département des lettres et communications de l'Université de Sherbrooke.

Dans un troisième temps, toujours en respectant les recommandations de Hébert et al. (1994), cette version retraduite a été comparée à la version originale. Cette procédure a permis de constater que quatre items étaient absolument identiques à la version originale et que le sens usuel de tous les items avait été rigoureusement préservé. Enfin, toutes les échelles de l'instrument montrent de bons niveaux de consistance interne (α de Cronbach = 0,63-0,93), et ce, aussi bien pour le score total (α de Cronbach = 0,91).

Déroulement

Une étude pilote est effectuée en novembre 2004 auprès de 38 participantes volontaires inscrites au programme de baccalauréat en psychologie¹⁵ de l'Université de Sherbrooke. Cette étape préliminaire vise à évaluer les réactions des participantes au processus de passation des différents instruments de mesure et à effectuer les modifications nécessaires. Seules quelques précisions mineures sont apportées au

¹⁵ Des remerciements sincères sont adressés à la Dre Thérèse Audet, Ph. D., pour l'octroi du temps de son cours pour ce processus de pré-évaluation.

Questionnaire d'informations générales (voir Appendice C), suite aux questions de clarification demandées par les participantes.

Suite à cette première étape, le processus expérimental est entamé. La sollicitation des participantes est d'abord faite par le professeur qui lance une invitation aux étudiantes à participer à une recherche en psychologie portant sur les perturbations alimentaires chez les adultes, et qui consiste à répondre par écrit à trois questionnaires. Afin de ne pas influencer les participantes, une consigne est donnée lors du contact initial avec chaque professeur. Il lui est demandé de solliciter les étudiantes de façon neutre, de manière à leur laisser une période de réflexion favorisant le consentement éclairé. À cet égard, tous les professeurs¹⁶ ont montré une collaboration exceptionnelle au processus de recherche, cumulée à un intérêt manifeste quant à son contenu.

Ainsi, avant que l'expérimentateur se présente dans la classe, les participantes sont informées en quoi consiste leur éventuelle participation, c'est-à-dire de répondre à trois questionnaires. Une lettre d'invitation leur est d'abord transmise à cet effet (voir l'Appendice G). Juste avant la passation, l'expérimentateur rappelle à nouveau les objectifs de la recherche et la durée approximative de l'expérimentation qui est d'environ de 25 à 30 minutes, tout en insistant sur le caractère non obligatoire de la participation au processus. Si les participantes acceptent, elles sont invitées à signer le formulaire de consentement (voir Appendice G). Ces deux documents sont élaborés en

¹⁶ Des remerciements particuliers pour leur précieuse collaboration au processus d'expérimentation de cette recherche sont ici adressés au Dr Abdelaziz Rhmina, Ph. D. et au Dr André Petit, Ph. D. (Département d'administration), à la Dre Nancy Dumais, Ph. D. (Département de biologie), à Me René Pépin, à Me Denise Pratte et Me Carmen Lavallée (Faculté de droit), ainsi qu'à M. Jacques Lebourdais et M. Bruno Sioui (Département de psychoéducation).

conformité avec la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et certifiés par le Comité d'éthique de cette université (voir Appendice H). Ensuite, les tests psychométriques sont administrés.

Toutes les participantes doivent d'abord remplir le *Questionnaire d'informations générales*. Par la suite, elles répondent aux trois questionnaires psychométriques, lesquels sont administrés en groupes-classes, mais remplis individuellement. Les étudiants de sexe masculin sont prévenus du moment et de la durée de l'expérimentation. Il leur est demandé de prévoir un temps d'étude pour ce moment. Ils sont invités à se rendre à la bibliothèque de leur Faculté pendant l'expérimentation. Chaque participante répond aux questionnaires suivants : le *Eating Attitudes Test* (EAT-26), le *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), dont la version française a été réalisée par Paquette et al. (2004), et le *Guilt Inventory Scale*. Les instructions des questionnaires sont inscrites au début de chacun d'eux. L'expérimentateur invite les participantes à les lire et à répondre de façon sincère et spontanée. Il demeure disponible aux questions que les participantes peuvent avoir pendant l'expérimentation. Avant la passation des questionnaires, les précisions suivantes sont apportées par l'expérimentateur :

- 1) il se peut que certains énoncés paraissent quelque peu bizarres et parfois étrangers à ce que la participante connaisse, mais il est alors important de ne pas en forcer le sens et de répondre spontanément à l'énoncé tel que décrit;
- 2) il est important de répondre à l'énoncé en fonction de toute la phrase, et non en fonction d'une section de phrase seulement, car tous les mots ont leur importance;

- 3) la participante est invitée à sonder son ressenti par rapport à chacun des énoncés, et non à penser à son idéal;
- 4) la participante est invitée à répondre au meilleur de sa connaissance car il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse.

Les objectifs visés par ce préambule sont principalement de clarifier la direction donnée à la recherche, de faire les recommandations nécessaires afin d'éviter les ambiguïtés et les interprétations forcées, et enfin, de réduire le plus possible la désirabilité sociale en légitimant le ressenti tel qu'il se présente.

Résultats

Analyse des données

Les moyennes, les écarts-types, les maximums et minimums des variables expérimentales sont présentés au Tableau 2 (*Eating Attitudes Test*, *Guilt Inventory Scale*, et *Childhood Trauma Questionnaire*). La moyenne générale obtenue au *Eating Attitudes Test* (EAT) mesurant la présence et l'intensité actuelles de perturbations alimentaires (PA) est de 9,40 ($\acute{E}T = 8,74$), laquelle est comparable aux moyennes obtenues par Leichner et al. (1994) auprès de groupes contrôles anglophones ($M = 10,17$; $\acute{E}T = 7,92$) et francophones ($M = 7,87$; $\acute{E}T = 7,37$). Mentionnons que 12 % ($n = 20$) des participantes de l'échantillon ($N = 166$) de cette thèse ont obtenu un score égal ou supérieur à 20 à l'EAT, permettant de repérer la présence d'une pathologie alimentaire chez ces dernières. Ce pourcentage (12 %) de présence d'une pathologie alimentaire est comparable à ceux obtenus dans l'étude de Leichner et al. (1994) par le groupe contrôle anglophone (12,12 %) et francophone (8,89 %). En outre, en ce qui pourrait concerner la présence de problèmes alimentaires atypiques, nous avons recensé que 22 % ($n = 78$) des participantes de l'échantillon ($N = 166$) ont obtenu un score égal ou supérieur à 15 au EAT.

Le Tableau 2 indique par ailleurs la moyenne générale obtenue au *Guilt Inventory Scale* (GIS) mesurant la présence et l'intensité actuelles d'un sentiment de culpabilité, laquelle est de 123,61 ($\acute{E}T = 22,10$).

Tableau 2
Dispersion des scores aux EAT, GIS, et CTQ

Variable	N	Minimum	Maximum	Moyenne et ÉT
EAT – Total	166	0	38	9,40 (8,74) ^a
GIS – Total	165 ^b	76	194	123,61 (22,10)
CTQ – Total	166	52	159	76,27 (20,69)
CTQ – Négligence émotionnelle	164 ^c	17	60	28,74 (9,65)
CTQ – Abus émotionnel	166	6	49	20,07 (7,39)
CTQ – Abus physique	166	6	50	12,05 (5,24)
CTQ – Négligence physique	166	8	26	9,28 (2,37)
CTQ – Abus sexuel	166	1	19	5,98 (2,51)

^a Le chiffre entre parenthèses représente l'écart-type.

^b Le nombre inférieur au GIS-Total ($N = 165$ vs N total = 166) correspond à une valeur manquante (absence de réponses) à la compilation des données, c'est-à-dire l'omission d'une participante de répondre à ce questionnaire.

^c Le nombre inférieur à l'échelle CTQ-NE ($N = 164$ vs N total = 166) correspond à des valeurs manquantes à cette échelle (absence de réponses) à la compilation des données de deux questionnaires du CTQ.

Bien que ne figurant pas dans le Tableau 2, la moyenne de l'échelle État de culpabilité est de 23,72 (ÉT = 7,72), celle de l'échelle Culpabilité-trait est de 49,48 (ÉT = 14,64), et celle de l'échelle Standards moraux est de 50,39 (ÉT = 6,26). Ces

moyennes se rapprochent de celles obtenues par Jones et al. (1992), à l'échelle État de culpabilité de 26,05 ($\acute{E}T = 7,17$), à l'échelle de Culpabilité-trait de 54,58 ($\acute{E}T = 12,40$), et à l'échelle Standards moraux de 47,22 ($\acute{E}T = 7,40$).

La moyenne générale obtenue par les participantes au *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) mesurant la rétrospection de différentes formes de traumatismes infantiles est de 76,27 ($\acute{E}T = 20,69$). Cette moyenne est comparable à celle obtenue par Scher, Stein, Asmundson, McCreary et Forde (2001) avec le CTQ auprès d'échantillons composés d'étudiantes ($M = 75,68$; $\acute{E}T = 17,58$). En plus du Tableau 2, la Figure 9 permet une meilleure visualisation de la répartition quantitative des résultats moyens obtenus aux cinq échelles du questionnaire.

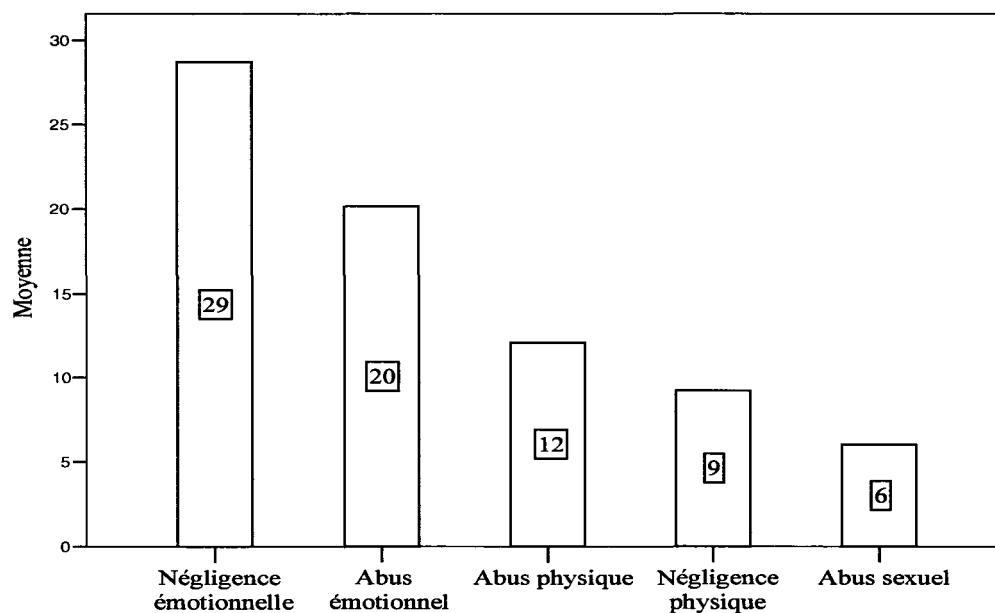


Figure 9. Résultats aux échelles du CTQ.

Concernant la prévalence d'histoire d'abus et de négligence, le Tableau 3 montre la distribution d'expériences significatives de mauvais traitements rapportés dans l'enfance chez les participantes de l'échantillon. La négligence émotionnelle et l'abus sexuel représentent les formes de traumatisme les plus rapportées par les participantes avec respectivement près de 7 % (n = 11) pour chacune de ces formes. Ces pourcentages diffèrent de ceux rapportés dans l'étude de Paquette et al. (2004) dans laquelle la négligence émotionnelle chez les femmes de 20 à 34 ans (n = 146) est rapportée dans 32,2 % des cas, et l'abus sexuel dans 23,8 % des cas. Les résultats en ordre décroissant des trois autres formes de traumatisme montrent que l'abus physique est rapporté dans 3 % des cas (n = 5), l'abus émotionnel dans 2,4 % des cas (n = 4), et la négligence physique dans 0,6 % des cas (n = 1).

Tableau 3

Prévalence (%) significative des formes de traumatisme rapportées

Variable	N	Fréquence	Pourcentage valide
CTQ – Négligence émotionnelle infantile	164	11	6,7
CTQ – Abus sexuel infantile	166	11	6,6
CTQ – Abus physique infantile	166	5	3
CTQ – Abus émotionnel infantile	166	4	2,4
CTQ – Négligence physique infantile	166	1	0,6

En ce qui concerne les interrelations entre ces formes de traumatisme, les coefficients r de Pearson indiquent que l'abus émotionnel est la forme de traumatisme la plus corrélée avec les autres types de mauvais traitements dans l'enfance, en particulier avec l'abus physique et l'abus sexuel (voir Tableau 4).

Tableau 4

Coefficients de corrélation de Pearson entre les différentes formes de traumatisme mesurées par les sous-échelles du CTQ

	CTQ-NEI	CTQ-API	CTQ-AEI	CTQ-NPI	CTQ-ASI
CTQ-NEI		0,236**	0,432**	NS	0,123
CTQ-API	0,236**		0,432**	NS	0,236**
CTQ-AEI	0,432**	0,432**		NS	0,274**
CTQ-NPI	NS	NS	NS		NS
CTQ-ASI	0,123	0,236**	0,274**	NS	

** $p < 0,01$

Note. AEI = Abus émotionnel infantile; NEI = Négligence émotionnelle infantile; API = Abus physique infantile; ASI = Abus sexuel infantile; NPI = Négligence physique infantile.

Analyses statistiques

Selon le modèle de Baron et Kenny (1986), trois équations de régression sont nécessaires pour tester un effet médiateur. En appliquant ces équations à la présente étude, la procédure suivante est respectée : premièrement, avant de tester l'influence de la variable médiatrice du Sentiment de culpabilité (mesurée par le GIS-Total), il faut que

la relation entre la variable indépendante (l'*Abus émotionnel infantile* parmi les cinq formes de traumatisme, d'après le modèle théorique soutenu) et la variable dépendante Perturbations alimentaires (mesurée par le EAT-Total) soit établie. Le Tableau 5 montre qu'en régressant la variable dépendante EAT-Total sur les cinq formes de traumatismes infantiles, seule la relation entre l'échelle Abus émotionnel infantile (CTQ-AÉI) et l'échelle Perturbations alimentaires (EAT-Total) est significative, le coefficient de régression standardisé démontrant un seuil très significatif ($\beta = 0,314$, $p < 0,006$). Ce résultat confirme la prédiction des modèles conceptuels à la base de cette étude doctorale.

Tableau 5

Régression multiple des variables indépendantes sur
la variable dépendante (Perturbations alimentaires)

Variables	B	ET B	β	t	p
Négligence émotionnelle infantile (CTQ-NÉI)	-0,005	0,087	-0,005	-0,054	0,957
Abus émotionnel infantile (CTQ-AÉI)	0,376	0,135	0,314	2,790	0,006
Abus physique infantile (CTQ-API)	-0,082	0,160	-0,049	-0,514	0,608
Négligence physique infantile (CTQ-NPI)	-0,43	0,308	-0,012	-0,140	0,889
Abus sexuel infantile (CTQ-ASI)	0,358	0,284	0,102	1,260	0,209

Note. $R^2 = 0,11$, $F(5,158) = 3,898$, $p < 0,002$.

Le coefficient de régression non standardisé correspond au sigle « B », l'erreur-type de ce coefficient au sigle « ET B », le coefficient de régression standardisé (coefficient bêta) au sigle « β », le test statistique associé à chaque coefficient (test t) au sigle « t », et le seuil de signification au sigle « p ».

Deuxièmement, la variable indépendante (seulement l'échelle « Abus émotionnel infantile » désormais ou CTQ-AÉI) doit démontrer qu'elle est reliée à la variable médiatrice Sentiment de culpabilité (GIS-Total).

Dans la troisième équation, la variable dépendante (EAT-Total) est régressée à la fois sur la variable indépendante (CTQ-AÉI) et la variable médiatrice (GIS-Total), et la variable médiatrice doit démontrer qu'elle affecte la variable dépendante. Un modèle parfait de médiation est supporté si la relation entre la ou les variables indépendantes et la variable dépendante devient non significative. Une médiation imparfaite est indiquée si la relation subsiste mais s'avère faible (Baron & Kenny, 1986).

Présentation des résultats

Sous-hypothèses et hypothèse principale de recherche

La première sous-hypothèse prédit un lien significatif entre l'abus émotionnel infantile et le sentiment de culpabilité. La deuxième sous-hypothèse anticipe un lien significatif entre l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires. La troisième sous-hypothèse prévoit un lien significatif entre le sentiment de culpabilité et les perturbations alimentaires. Le Tableau 6 des corrélations r de Pearson révèle des relations significatives entre le score total moyen au *Eating Attitudes Test* (EAT-Total), le score total moyen au *Guilt Inventory Scale* (GIS-Total), le score total moyen au *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ-Total) et la plupart de ses cinq échelles (CTQ-AÉI, CTQ-NÉI, CTQ-API, CTQ-ASI, CTQ-NPI). Il est intéressant de constater que l'échelle Abus émotionnel infantile (CTQ-AÉI) montre la relation la plus

significative avec le Sentiment de culpabilité (GIS-Total) et avec les Perturbations alimentaires (EAT-Total), confirmant ainsi respectivement les sous-hypothèses n° 1 et n° 2 de cette étude. Le Sentiment de culpabilité (GIS-total) est significativement corrélé avec les Perturbations alimentaires (EAT-Total), confirmant de cette façon l'hypothèse n° 3 de cette recherche. Le Sentiment de culpabilité (GIS-total) est également corrélé avec toutes les formes de traumatismes infantiles, à l'exception de la Négligence physique infantile (CTQ-NPI).

Tableau 6

Coefficients de corrélation de Pearson pour les variables principales et les sous-échelles du CTQ

	CTQ- Total	CTQ- AEI	CTQ- NEI	CTQ- API	CTQ- ASI	CTQ- NPI	EAT- Total	GIS- Total
EAT- Total	0,266**	0,304**	0,177*	0,151ns	0,194*	0,121ns		0,358**
GIS- Total	0,370**	0,414**	0,279**	0,178*	0,300**	0,123ns	0,358**	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Note. AÉI = Abus émotionnel infantile; NEI = Négligence émotionnelle infantile; API = Abus physique infantile; ASI = Abus sexuel infantile; NPI = Négligence physique infantile.

L'hypothèse principale de cette recherche prédit que le sentiment de culpabilité opère une médiation entre l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires. Pour tester cette hypothèse, il y a une série de régressions à faire (Baron & Kenny, 1986). La Figure 10 montre les coefficients et les directions entre les variables, mais en

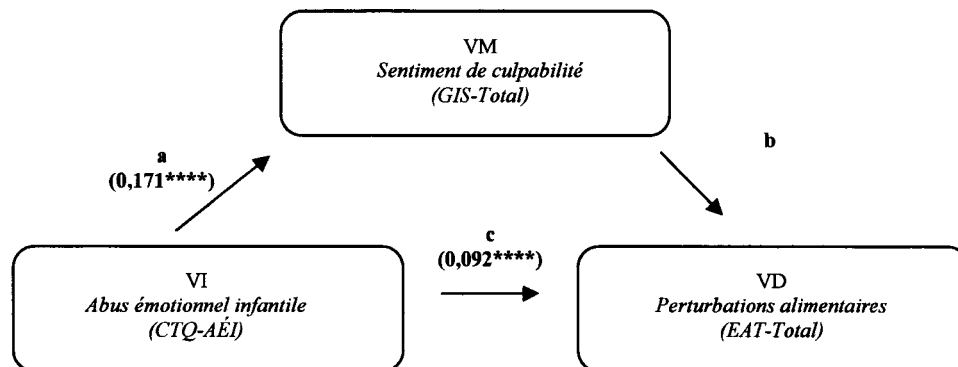
reprenant l'analyse de régression de la variable dépendante (EAT-Total) sur la variable indépendante (CTQ-AÉI) seulement.

Abus émotionnel infantile prédisant le sentiment de culpabilité

Dans la première régression (Figure 1, au lien « a »), l'analyse de régression doit démontrer que la variable indépendante (CTQ-AÉI) est liée à la variable médiatrice (GIS-Total). Il faut donc régresser le Sentiment de culpabilité (GIS-Total) sur l'Abus émotionnel infantile (CTQ-AÉI). L'analyse permet d'établir une relation moyenne mais significative avec un $R^2 = 0,171$ ($\beta = 0,414$, $p < 0,0001$).

Abus émotionnel infantile prédisant les perturbations alimentaires

Dans la deuxième régression (Figure 1, au lien « c »), il faut régresser la variable dépendante (EAT-Total) sur la variable indépendante (CTQ-AÉI). La relation ainsi obtenue est faible mais très significative ($R^2 = 0,092$ ¹⁷, $\beta = 0,304$, $p < 0,0001$).



Les coefficients régression R^2 sont présentés entre parenthèses. Les flèches représentent la direction de la causalité. La pointe des flèches représente la variable dépendante (ce qui est prédit), l'extrémité représente la variable indépendante (celle qui « cause » la variable dépendante [Alain, 2004, p. 75]).

Figure 10. Modèle de l'effet de la variable médiatrice.

**** $p < 0,0001$

¹⁷ Cohen (1988) recommande de qualifier un R^2 de 0,0196 de petit effet, un effet moyen se situerait à partir de 0,13, et un grand effet pourrait être de 0,26.

*Sentiment de culpabilité et abus émotionnel infantile
prédisant les perturbations alimentaires (test de médiation)*

Finalement, dans la troisième régression de Baron et Kenny (1986), la variable dépendante (EAT-Total) est régressée à la fois sur la variable médiatrice (GIS total) et sur la variable indépendante (CTQ-AÉI). Cette troisième équation révèle un R^2 de 0,162, pour un effet moyen. Elle permet de constater que la troisième condition nécessaire d'affectation de la variable médiatrice (GIS-Total) sur la variable dépendante (EAT-Total) est remplie, puisque l'examen des données pour la variable médiatrice Sentiment de culpabilité (GIS-Total) indique un coefficient acheminatoire de 0,275 ($p < 0,001$), et pour la variable indépendante Abus émotionnel infantile un coefficient de 0,201 ($p < 0,012$). L'hypothèse principale qui est le fondement de cette thèse est donc confirmée. En effet, le Tableau 7 montre que dans la deuxième régression où la variable dépendante Perturbations alimentaires (EAT-Total) est régressée sur la variable indépendante Abus émotionnel infantile (CTQ-AÉI) seulement, le coefficient acheminatoire (β) obtenu est de 0,304 ($p < 0,0001$).

Mais ce coefficient acheminatoire (β) de l'abus émotionnel infantile décroît à 0,201 ($p < 0,012$) lorsqu'il est entré dans l'équation de régression standard en même temps que la variable médiatrice Sentiment de culpabilité (GIS-Total) (voir le Tableau 8), ce qui démontre un effet de médiation du Sentiment de culpabilité sur l'Abus émotionnel infantile, mais un effet qui n'est pas total, puisque la variable indépendante Abus émotionnel infantile reste significative avec un $p < 0,012$.

Tableau 7

Régression multiple de la variable dépendante (Perturbations alimentaires)
sur la variable indépendante

Variabes	B	ET B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
CTQ-AEI	0,359	0,088	0,304	4,080	0,0001

Note. $R^2 = 0,092$, $\beta = 0,304$, $p < 0,0001$.

Le coefficient de régression non standardisé correspond au sigle « B », l'erreur-type de ce coefficient au sigle « ET B », le coefficient de régression standardisé (coefficient bêta) au sigle « β », le test statistique associé à chaque coefficient (test *t*) au sigle « *t* », et le seuil de signification au sigle « *p* ».

Tableau 8

Régression multiple de la variable dépendante (Perturbations alimentaires)
sur la variable médiatrice et sur la variable indépendante

Variabes	B	ET B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
GIS-Total	0,109	0,031	0,275	3,277	0,001
CTQ-AEI	0,240	0,094	0,201	2,544	0,012

Note. $R^2 = 0,162$, $F(2,162) = 15,626$, $p < 0,0001$.

Le coefficient de régression non standardisé correspond au sigle « B », l'erreur-type de ce coefficient au sigle « ET B », le coefficient de régression standardisé (coefficient bêta) au sigle « β », le test statistique associé à chaque coefficient (test *t*) au sigle « *t* », et le seuil de signification au sigle « *p* ».

En résumé, pour employer une terminologie propre à l'analyse acheminatoire, nous pourrions constater qu'il existe à la fois un effet *direct* de l'abus émotionnel sur le comportement alimentaire, et un effet *indirect* médiatisé à travers la variable du sentiment de culpabilité.

Discussion

Discussion des résultats en fonction des hypothèses

Le présent chapitre analyse les résultats de cette recherche en tenant compte des hypothèses qui la soutenaient et de la perspective théorique qui en était la base. Les résultats tendent à corroborer les sous-hypothèses et l'hypothèse principale avancées.

L'objectif général de cette étude consiste à évaluer la relation entre différentes formes de traumatismes infantiles, en particulier l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires, auprès d'un échantillon non clinique de femmes adultes. L'objectif spécifique est de vérifier si la présence de perturbations alimentaires chez ces participantes adultes est associée à un sentiment de culpabilité et à des traumatismes infantiles. L'hypothèse principale qui en découle est que le sentiment de culpabilité sert de variable médiatrice entre l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires. Trois sous-hypothèses sont issues de cette hypothèse principale : la première concerne les liens entre l'abus émotionnel infantile et le sentiment de culpabilité, la deuxième renvoie au lien entre l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires, et la troisième évalue le lien entre le sentiment de culpabilité et les perturbations alimentaires.

La première partie de ce chapitre aborde les résultats obtenus en considérant les trois sous-hypothèses et l'hypothèse principale de recherche et la continuité qu'elles représentent avec ce qui s'est déjà fait. La seconde partie présente une analyse des conséquences de la recherche en discutant des retombées possibles sur le plan théorique

et pratique. La troisième partie fait état des forces et des limites de la recherche, et enfin, la quatrième partie propose des suggestions pour des recherches futures.

La première sous-hypothèse met en relation l'abus émotionnel infantile et le sentiment de culpabilité et se lit comme suit : *l'abus émotionnel infantile sera significativement lié à un sentiment de culpabilité chez les participantes universitaires.* Les données confirment que l'abus émotionnel infantile rapporté dans l'enfance est significativement corrélé avec un sentiment de culpabilité. Les résultats obtenus au *Childhood Trauma Questionnaire* à l'échelle « Abus émotionnel » sont les plus corrélés avec le sentiment de culpabilité chez les participantes. Ces résultats suggèrent que les personnes abusées émotionnellement vivent un sentiment de culpabilité plus intense que celles exposées à d'autres formes de traumatisme. Ces résultats vont aussi dans le même sens que les données empiriques antérieures (Bybee et al., 1996; Frank, 1991) et appuient la position de Miller (1986) à la base de cette étude. Selon Miller (1986), le sentiment de culpabilité est la résultante d'un abus émotionnel commis envers l'enfant, lequel confère un sens à ce traumatisme en se donnant un « pouvoir ». De cette façon, le sentiment de culpabilité occulte la capacité à prendre conscience d'avoir été une victime impuissante exposée à l'abus (quoique l'intensité de ce sentiment puisse indiquer qu'une voie est entamée vers une prise de conscience de ces abus). Ces résultats sont aussi consistants avec les travaux effectués par Basset (2003) et Nassikas (2003). Rappelons que Basset (2003) affirme que c'est pour échapper à la souffrance absurde des expériences d'échec, d'impuissance et de honte que l'humain développe un sentiment de

culpabilité compensatoire : « je suis coupable, donc tout s'explique, ce qui m'arrive de douloureux a un sens » (p. 67).

La deuxième sous-hypothèse de cette étude est la suivante : *l'abus émotionnel infantile sera significativement lié à la présence de perturbations alimentaires chez les participantes universitaires*. Le lien entre l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires est très significatif, confirmant ainsi la deuxième sous-hypothèse de l'étude. Cette observation appuie les travaux antérieurs de Kent et al. (1999) qui ont examiné, à l'aide du *Child Abuse and Trauma Scale* (Sanders & Becker-Laussen, 1995), les relations entre quatre formes d'abus rapportées dans l'enfance (abus physique, abus sexuel, abus émotionnel, négligence) et les perturbations alimentaires, auprès d'un échantillon non clinique de 236 femmes. Leurs résultats indiquent notamment que c'est l'abus émotionnel qui permet de mieux prédire les perturbations alimentaires chez les adultes. En outre, cette deuxième sous-hypothèse est également appuyée par les travaux de Humphrey et al. (1986), qui ont démontré que les personnes anorexiques et boulimiques avaient subi davantage de dénigrement et d'attaques répétés dans leur famille que les personnes n'ayant pas de problèmes du comportement alimentaire. Stuard et al. (1990) ont également rapporté que les personnes souffrant de boulimie avaient plus de probabilités de rapporter des sentiments de rejet, des menaces, des comportements coercitifs et de tension par leurs parents, que les individus des groupes de comparaison.

L'analyse de régression prédisant la variabilité de l'abus émotionnel infantile sur les perturbations alimentaires est faible mais très significative. Il est plausible de penser que le sentiment de culpabilité empêche de déceler l'abus émotionnel infantile et nuit

conséquemment à sa révélation. Par le fait même, il l'*indique*. C'est ce qui était précisé au début de cette étude, soit que dans les perturbations alimentaires, les symptômes alimentaires montrent autant qu'ils cachent. Plus le sentiment de culpabilité médiatise l'abus émotionnel infantile, en accaparant l'espace psychique, plus le niveau de conscience de la personne par rapport aux abus émotionnels commis à son endroit dans son enfance se trouve évincé par son sentiment de culpabilité. Basset (2003) précise que l'adulte, jadis abusé, est souvent laissé seul avec son traumatisme, en le renvoyant à son sentiment de culpabilité qui recouvre dorénavant entièrement son traumatisme. La cicatrice cache la blessure. Miller (1990) insiste sur le fait que la personne doit, si elle veut survivre, rendre la douleur supportable par le moyen du fantasme. Elle décrit ce fantasme comme l'expression cryptée d'un vécu réel, une expression destinée à affaiblir le traumatisme de jadis. La présente thèse suggère que le sentiment de culpabilité a la même fonction dans les perturbations alimentaires.

Les données obtenues confirment la troisième sous-hypothèse, formulée ainsi : *le sentiment de culpabilité sera associé significativement à des perturbations alimentaires chez les participantes universitaires*. La mesure du sentiment de culpabilité est significativement corrélée avec celle des perturbations alimentaires. Ce résultat laisse présager que pour certains individus, l'acte de manger revient à nourrir une culpabilité envahissant leur corps, rappelant le jeûneur évoqué en introduction de cette étude. Le lien entre ces deux paramètres est moins élevé que celui retrouvé par Frank (1990), mais sa procédure d'analyse ne contrôle pas le sentiment de honte. En associant la mesure des perturbations alimentaires avec les sentiments de culpabilité au sujet de la nourriture et

de l'exercice, Bybee et al. (1996) arrivent à des liens très équivalents à ceux de Frank (1991) et supérieurs à ceux retrouvés dans la présente recherche. Les liens retrouvés dans ces deux études indiquent que ces variables vont dans la même direction que dans la présente étude. Mais ces auteurs ne proposent pas une séquence d'apparition suggérant que ces variables pourraient suivre une « direction causale unidirectionnelle » (Alain, 2004, p. 76). Il s'agit d'une limite interprétative quant aux pistes de causalité pouvant être identifiées dans ces deux études.

L'hypothèse principale se lit de la façon suivante : *le sentiment de culpabilité fera une médiation entre l'abus émotionnel infantile et des perturbations alimentaires chez les participantes universitaires*. En utilisant le modèle statistique de Baron et Kenny (1986) pour tester un effet médiateur, les données indiquent que l'effet direct entre l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires chez l'adulte diminue lorsque le sentiment de culpabilité est entré dans l'équation de régression. L'hypothèse principale est donc corroborée. Toutefois, cet effet direct entre l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires n'est pas entièrement éliminé par la médiation du sentiment de culpabilité.

Aucune étude antérieure n'a considéré le sentiment de culpabilité comme variable médiatrice entre les traumatismes infantiles et les perturbations alimentaires chez l'adulte. Toutefois, l'étude de Murray et al. (2000) a démontré que la honte peut être un médiateur entre la surprotection familiale et les attitudes boulimiques ultérieures. Dans une étude subséquente, Murray et Waller (2002), avec un échantillon de 214 femmes universitaires, sont arrivés aux résultats que le sentiment de honte médiate

complètement les liens entre les abus intrafamiliaux (mais de type sexuel toutefois) et les attitudes boulimiques subséquentes.

La description systématique et critique de ces sous-hypothèses et de cette hypothèse principale de recherche permet un retour synoptique sur l'ensemble de la démarche doctorale effectuée. Cette description rapporte les faits empiriques issus des hypothèses. Ces faits autorisent l'élaboration de retombées intrinsèques et éventuelles.

Analyse des retombées de la recherche

Le but de cette étude était d'examiner les relations entre les traumatismes infantiles et les perturbations alimentaires auprès d'un échantillon non clinique, en considérant le sentiment de culpabilité comme médiateur psychologique entre ces deux phénomènes. Deux principales conclusions en ressortent. Premièrement, à l'exception de l'abus physique infantile et de la négligence physique infantile, les trois autres formes de traumatisme (abus émotionnel infantile, négligence émotionnelle infantile, et abus sexuel infantile) sont indépendamment reliées aux perturbations alimentaires. Toutefois, l'abus émotionnel infantile émerge comme étant la forme de traumatisme précoce la plus prédictive des perturbations alimentaires (dans un contexte de modèle multifactoriel). Cette conclusion est compatible avec les découvertes de Kent et al. (1999), et de Rorty et al., (1994), de même qu'avec des résultats antérieurs sur le rôle critique de ce type d'abus chez l'adulte (Garborino & Vondra, 1987). Deuxièmement, les relations entre l'abus émotionnel infantile dans l'enfance et les perturbations alimentaires sont partiellement médiatisées par l'intervention de la variable du sentiment de culpabilité.

Alors que l'abus sexuel infantile et l'abus physique infantile sont des formes de traumatisme qui apparaissent également prédictives des perturbations alimentaires, leur impact semble plutôt se faire au travers des inter-corrélations avec l'abus émotionnel infantile. Ces conclusions suggèrent que ces autres formes de traumatisme peuvent avoir un grand impact lorsqu'elles impliquent une composante émotionnelle abusive. Cette explication supporte les affirmations que les abus émotionnels infantiles unifient et sont sous-jacents à plusieurs formes d'abus infantiles (Hart & Brassard, 1987).

Les effets des abus émotionnels infantiles sur les perturbations alimentaires subséquentes sont partiellement médiatisés auparavant par le sentiment de culpabilité. Ce sentiment est un médiateur ayant une puissance faible, mais statistiquement significative. Cette conclusion supporte les observations de Waller (1996) sur le fait que les processus psychologiques intervenant entre les abus émotionnels infantiles et les perturbations alimentaires sont complexes, et que cette relation des abus émotionnels infantiles et des perturbations alimentaires est probablement médiatisée par plusieurs facteurs. Cette recherche suggère donc que le travail thérapeutique auprès des personnes souffrant de perturbations alimentaires devra examiner systématiquement la présence d'éventuels abus émotionnel infantile (parmi d'autres formes de traumatismes infantiles), et évaluer les niveaux contingents de sentiments de culpabilité chez les femmes ayant une anamnèse comportant de tels abus.

Le sentiment de culpabilité est considéré comme une réponse à des traumatismes précoces (Basset, 2003; Miller, 1986; Nassikas, 2003; Weiss, 1983, 1986, 1993). Cliniquement, c'est un médiateur psychologique qui facilite le repérage de personnes à

risque. La présence de ce sentiment chez celles-ci peut donc à la fois signaler la présence d'abus émotionnels infantiles et augurer des comportements alimentaires perturbés. La détection de ce sentiment peut mener à des interventions prophylactiques interrompant la précipitation dans des comportements alimentaires perturbés. La connaissance du clinicien de toute forme de médiation, comme un intense sentiment de culpabilité, apparaît essentielle et commande aux psychiatres et aux psychologues une sensibilité particulière.

Conformément à l'hypothèse principale, le sentiment de culpabilité, comme possible médiation entre l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires, conduit à d'autres pistes de réflexion. Ainsi, ce résultat suggère que le sentiment de culpabilité s'intègre dans la dynamique psychique pour éluder la prise de conscience d'abus émotionnels infantiles subis, tout en maintenant des comportements alimentaires perturbés. Selon les observations cliniques de Miller (1986, 2001), si une personne ne prend pas conscience d'avoir été émotionnellement abusée alors qu'elle était enfant, elle va se sentir coupable et va vouloir donner raison à la personne l'ayant abusée. Dans une compulsion de répétition¹⁸, elle risque de reproduire le même pattern abusif pour le revivre activement en tentant de le maîtriser (Klitzing & Lutz-Latil, 2003). De plus, cette compulsion répétitive lui permet, par les conséquences qu'elle entraîne, d'avoir une raison légitime de se sentir réellement coupable, ce qui rétablit un équilibre interne (Freud, 1972; Shengold, 1998; Sibertin-Blanc & Vidailhet, 2003). Dans ce cas, la

¹⁸ Dans la publication de son premier ouvrage, Miller (1983) définit, dans ce contexte, la compulsion de répétition comme une tendance dangereuse à toujours remettre en scène le traumatisme, dont ne subsiste aucun souvenir. Elle est la base du transfert et de la mise en scène dans tout le champ d'interaction du patient (p. 95).

réaction de l'adulte traumatisé emprunte l'absurdité associée au mal initial : l'adulte agit à nouveau le non-sens du mal qu'il a subi, mais au moyen du non-sens de sa culpabilité (Basset, 1999). Plus le sentiment de culpabilité paraît absurde, plus on approche le non-sens du mal qui est en est l'origine » (p. 220). A contrario, lorsque la souffrance de la personne est verbalisée, elle fait partie d'elle-même, elle est sienne, et elle n'a donc plus besoin d'agir cette souffrance traumatique.

Nos observations cliniques des individus présentant des perturbations alimentaires dévoilent que leur désordre s'avère la manifestation d'une dynamique où la souffrance associée au sentiment de culpabilité prédomine. Mais ils n'en sont pas toujours conscients; la conscience étant ici définie comme une mise en forme de la souffrance traumatique passée dans le temps et l'espace actuels. Cela semble se faire selon deux modalités de conscience : une conscience agie (un savoir affectif qu'il y a eu blessure traumatique) se traduisant en un langage symptomatique (un comportement alimentaire perturbé); une conscience pensée (un savoir cognitif qu'il y a eu blessure traumatique) se traduisant en un langage parlé, mais facilitant seulement l'identification de la souffrance subie avec des mots et un discours *sur* cette souffrance. Par définition, ce registre cognitif ne peut dénouer des souffrances traumatiques (affectives) d'un autre ordre que lui. Néanmoins, sur ce plan discursif, nous avons constaté que les patientes finissent presque toujours par verbaliser explicitement, après un certain temps en psychothérapie, la présence envahissante de sentiments de culpabilité associés aux différentes manifestations de leurs perturbations alimentaires. En l'occurrence, la conscience émotionnelle (Lane &

Schwartz, 1987), c'est-à-dire la capacité d'un individu à se représenter son propre éprouvé émotionnel, peut être critique pour la conformité au traitement, notamment chez des personnes hospitalisées. En dépit du fait que cette recherche portait sur une population non clinique, ses conclusions peuvent avoir des retombées pour des populations cliniques et hospitalisées.

Pour la clinique psychologique et psychiatrique et la recherche dans le domaine de la psychopathologie, l'intérêt d'apprendre à repérer des sentiments de culpabilité, particulièrement chez une personne souffrant de perturbations alimentaires, réside dans la force de fixation que semble comporter le traumatisme émotionnel. L'impact de cette fixation est tel chez certaines patientes qu'il peut être suggéré qu'en suivant la trace du sentiment de culpabilité, on peut réussir à remonter jusqu'aux origines de l'abus¹⁹, lequel ne pouvait s'exprimer jusque là que de manière émotive et accablante, notamment au travers de ce sentiment. McKercher (2003) défend le fait que le travail en clinique psychiatrique et psychologique nécessite de comprendre le niveau d'insight individuel des personnes ayant des troubles mentaux par rapport à leurs difficultés ou leur maladie. Ce principe est critique pour la planification d'un traitement puisque l'évaluation du niveau d'insight atteint permet d'établir la conformité au traitement, le cours de la maladie, le risque de suicide, et le degré de la psychopathologie.

En ciblant des trajectoires de causalité entre les variables, la présente étude a permis de voir que le sentiment de culpabilité peut être consécutif à un abus émotionnel

¹⁹ La capacité de l'organisme humain à supporter des souffrances est – pour sa protection même – limitée. Toutes formes de tentatives pour ignorer ces limites ne peuvent avoir que des effets négatifs, voire dangereux. Les séquelles d'une expérience traumatique ne pourront être reliées entre elles et dénoncées que dans le cadre d'une thérapie qui les dévoilera avec prudence (Miller, 1991).

infantile, et que de là peut s'élaborer une disposition psychique fertile au développement de perturbations alimentaires subséquentes. Mejia et Ansermet (2000) énoncent que le traumatisme résulte d'un réel qui exclut la personne et qui n'a pas de rapport à son désir propre. La personne n'est alors que l'objet du traumatisme. Sortir du traumatisme passe par la construction d'une fiction de sa participation à ce qu'il lui arrive. Elle peut supposer une implication subjective dans ce dont elle souffre, ce qui se fait par un sentiment de culpabilité.

Mais prendre conscience de ce sentiment de culpabilité est loin d'être un exercice aisé. Selon le cadre de compréhension soutenu dans cette thèse, le sentiment de culpabilité témoigne de l'empreinte d'un travail psychique élaboré pour sortir de la sidération vécue (le premier temps du traumatisme, dans le modèle de Mejia et Ansermet, 2000) lors d'abus émotionnels archaïques. Le degré de conscience atteint sur l'origine de ce sentiment, c'est-à-dire sur la capacité de mettre en forme dans le temps et l'espace la souffrance qui lui est associée, est un indice à partir duquel un travail psychothérapeutique devient possible. Il ne s'agit donc pas de tenter d'effacer l'abus émotionnel infantile, mais de travailler à partir du sentiment de culpabilité qui en découle. Plus le niveau de conscience est élevé par rapport à son passé, plus l'individu a un niveau de conscience actuel élevé²⁰.

La valeur de cette recherche s'évalue au fait que la présence du sentiment de culpabilité chez certaines personnes révèle que l'impact de l'abus émotionnel infantile n'a pas réussi à obnubiler entièrement la conscience. Le sentiment de culpabilité

²⁰ Par analogie, plus une personne gravit les marches vers un tremplin élevé, plus elle a conscience de la profondeur de la piscine. Plus elle s'élève, plus elle discerne le fond.

représente un passé blessé qui n'a pas passé. Toutefois, si la révolte consécutive au traumatisme trouve à s'exprimer en thérapie sans que le clinicien n'en soit menacé, le sentiment de culpabilité peut commencer à se conscientiser pour ensuite se résorber en s'intégrant à la vie psychique comme un potentiel positif de vie nouvelle. Ce passé blessé pourra enfin réussir à passer.

La compréhension du rôle des traumatismes émotionnels infantiles dans le développement et le maintien des perturbations alimentaires n'est qu'à ses débuts. Il en est de même concernant les sentiments de culpabilité qui découlent souvent de tels traumatismes. Cette étude en est une démonstration empirique. Une invitation est lancée aux cliniciens et aux chercheurs à considérer davantage le rôle potentiel de l'abus émotionnel infantile dans l'étiologie des perturbations alimentaires. L'investigation auprès d'autres formes d'abus (p. ex., sexuels) est déjà considérée comme une composante nécessaire dans l'évaluation des patients présentant des perturbations alimentaires (Gleaves & Eberenz, 1994). En tenant compte que l'abus émotionnel infantile est plus difficile à dépister que l'abus sexuel, l'investigation des cliniciens peut être élargie afin d'y inclure le repérage du sentiment de culpabilité. Cette attitude permet de retracer la racine d'éventuels abus de type émotionnel.

Les cliniciens doivent être sensibles et sensibilisés pour recueillir de l'information sur l'abus émotionnel infantile. Plus le traumatisme a été important, plus les patients présentent une image idéalisée, voire « délirante » (Shengold, 1998, p. 320) de leur enfance et des relations avec leurs parents. Leur conscience se trouve en quelque sorte enfouie sous l'inconscience des sensations comprimées du traumatisme. En réalisant

pareil clivage psychique (l'inconscience des traumatismes est plus tolérable sur le plan psychique, que leur conscience), plusieurs patients ancrent en eux-mêmes l'idée indéfectible que leurs parents ont été bons, et inventent donc une fiction délirante : la douleur et la haine face à l'abus deviennent de l'amour (Ils semblent se dire : « mes parents me ridiculisaient, mais dans le fond, ils avaient raison d'agir ainsi. J'étais tellement ridicule à cette époque. »).

Puisqu'un tel sentiment d'avoir été délaissé dans son enfance par une personne si proche est inacceptable, l'adulte transforme inconsciemment cette douleur en quelque chose de supportable à sa conscience par des fantasmes au sein desquels la culpabilité est constitutive. Il demeure ainsi étranger à sa souffrance, laquelle lui paraît conséquemment étrangère. Cette image fictive du parent bon et aimant constitue ultérieurement la plus grande résistance aux efforts thérapeutiques déployés pour dénouer les relations intrafamiliales infantiles passées dans la vie mentale de la personne. Cette dernière a tendance à se réfugier dans la pitié pour ses parents, dans un « amour » pour eux, et un dévouement à leur égard. Ces comportements l'aident à conserver sa dignité (Miller, 2001). La sincérité du patient n'est pas en cause ici, car elle est à la mesure de son aveuglement (Basset, 1999). Ainsi, une attention particulière portée à la présence et à l'origine de sentiments de culpabilité pourra dénouer des impasses thérapeutiques liées à cette idéalisation de l'abus émotionnel infantile. Les options de traitement proviendront d'une meilleure compréhension des processus synergiques reliant les abus émotionnels infantiles et les perturbations alimentaires, en passant par le sentiment de culpabilité.

Dans l'ensemble, les résultats indiquent que la propension à vivre des sentiments de culpabilité peut être comprise comme un facteur de causalité²¹ aux perturbations alimentaires, ce qui fournit un appui substantiel à la confirmation de l'hypothèse centrale de cette recherche. Les résultats appuient aussi une hypothèse génétique précoce quant à l'étiologie des perturbations alimentaires. Bien qu'il manque la confirmation de la présence de sentiments de culpabilité au début des perturbations alimentaires chez les participantes, on peut penser que la présence de perturbations alimentaires n'est pas en soi responsable de l'existence de sentiments de culpabilité, et que ceux-ci ne s'expliquent pas par leurs comportements alimentaires actuels. En effet, les résultats suggèrent qu'un sentiment de culpabilité préexiste à l'apparition des perturbations alimentaires. Ce sentiment semble découler d'abus émotionnels infantiles, et favoriser ensuite le développement de perturbations alimentaires.

D'un autre côté, la propension à vivre des sentiments de culpabilité pourrait être comprise comme une conséquence des perturbations alimentaires, ce qui tendrait à infirmer l'hypothèse centrale. Comme le suggèrent Bydlowski et al. (2002), suivant l'enclenchement de perturbations alimentaires, un sentiment de culpabilité peut s'installer, puis persister, quelle que soit l'évolution ultérieure de ces perturbations. Dans ce cas, le sentiment de culpabilité serait tributaire au fait de vivre les conséquences découlant de ces comportements (désirs immenses de nourriture, incapacité à répondre aux attentes d'autrui, vomissements autoprovoqués; voir Fodor, 1996).

²¹ Rappelons que le terme de causalité est utilisé dans une acception large, tel que précisé antérieurement, c'est-à-dire pour indiquer une direction entre les variables, et non d'une causalité dans le vrai sens du terme (Alain, 2004, p. 75).

Quoiqu'il en soit de la manière d'envisager ce sentiment (antérieur ou postérieur aux conduites alimentaires perturbées), la culpabilité réelle – la faute commise envers son corps par les comportements autodestructeurs – ne pourrait être qu'une variante plus visible du sentiment de culpabilité. D'après Basset (1999), à l'origine, la fonction est la même : se débarrasser du poids d'un mal totalement injuste (le traumatisme subi) en le transformant en punition. Quand la personne se rend « réellement » coupable, elle peut avoir l'illusion que la punition était méritée, ce qui peut représenter une solution partielle à l'angoisse. Mais le problème soulevé demeure toujours le même : le mal commis envers son corps semble être une tentative désespérée de se décharger d'un sentiment de culpabilité profondément lié à un mal si insupportable que le souvenir en a été refoulé.

Le prochain sous-titre annonce les forces et limites de cette recherche. Mais avant de passer à cette section, d'autres retombées de la thèse doivent être relevées et soulignées. Le paragraphe suivant résume l'apport des modèles conceptuels introduits dans l'étude. Ensuite, l'aspect le plus novateur en termes de retombées est explicité.

Toutes les sous-hypothèses de cette recherche sont corroborées, de même que l'hypothèse principale dont elles découlaient. Il s'agit d'une contribution importante, non pas tant en raison de leur confirmation (bien que cela ne soit pas négligeable), mais par les bases théoriques qui en définissent l'originalité : concevoir qu'un sentiment de culpabilité puisse découler d'abus émotionnels infantiles et culminer en perturbations alimentaires créé un effet de surprise et d'inattendu. Il y a là un bond scientifique. L'unification cohérente de ces bases théoriques a donné lieu à un créneau de

compréhension distinctif qui n'avait pas encore été développé empiriquement jusqu'à présent. Pour la première fois, une recherche de grande ampleur englobe simultanément les variables de l'abus émotionnel infantile, des perturbations alimentaires, et du sentiment de culpabilité. La thèse s'est appuyée sur des auteurs ayant consacré leurs recherches sur ces variables : les auteurs Mejia et Ansermet (2000), et Damasio (2002) pour le traumatisme infantile, les auteurs Basset (2003) et Miller (1986) pour le sentiment de culpabilité et ses liens avec le traumatisme, et enfin les auteurs Waller (1996), de même que Kent et Waller (2000), pour la façon d'envisager les procédures statistiques joignant des perturbations alimentaires, des traumatismes infantiles, et des variables médiatrices. Le mérite essentiel est peut-être d'avoir pu unifier toutes ces bases, relativement hétérogènes au départ, dans la pensée scientifique contemporaine.

L'apport le plus novateur de cette recherche transcende la confirmation des sous-hypothèses et de l'hypothèse principale, en ayant mis en lumière une donnée non anticipée au départ. Ce qui échappe à toute démarche scientifique fonde la valeur de son savoir. En analysant les données descriptives fournies par les participantes au *Questionnaire d'informations générales*, la différence entre les poids maximum et minimum rapportés a montré une différence très significative de 7,26 kg ($p = 0,009$) entre les participantes présentant des perturbations alimentaires et celles étant exemptes de telles perturbations.

Les participantes qui présentent des perturbations alimentaires ont tendance à surestimer leur poids maximum et minimum antérieurs. Ce fait empirique, très logique en lui-même, n'a toutefois jamais été dégagé de cette façon dans des recherches

scientifiques, même si certains auteurs ont pu récemment consacrer leur attention à des investigations connexes (Binford, Le Grange, & Jellar, 2005; Passi, Bryson, & Lock, 2002; Perry, Morgan, Reid, Brunton, O'Brien, Luck et al., 2002). Ce résultat a une retombée réelle. En consignait systématiquement la manière dont les patientes rapportent leurs attributs pondéraux antérieurs, il devient possible de suspecter celles ayant des perturbations alimentaires. Cela peut se faire par la mise au point d'un instrument de mesure pour établir une cote fiable révélant cette différence, à l'instar de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), par exemple. Cette cote renvoie aussi à une retombée nosographique. En termes de dépistage en milieu clinique de première ligne, une telle cote autorise un dépistage beaucoup plus ciblé.

Forces et limites de la recherche

L'implication des émotions dans les comportements alimentaires a été beaucoup soulevée dans la documentation. Les investigations faites à ce sujet, bien que pertinentes, sont demeurées théoriques, sans se soumettre à l'épreuve expérimentale. Ce passage est indispensable pour faire face aux critiques scientifiques et au principe de réfutabilité. La présente étude est parvenue à harmoniser des concepts théoriques dans un cadre rigoureux avec des mesures empiriques précises et objectives. Cela a permis de mieux estimer l'importance du facteur émotionnel chez des adultes susceptibles de développer des perturbations alimentaires.

Une limite de cette recherche concerne paradoxalement la validité des données, qui est limitée par la capacité d'exactitude et d'objectivité des renseignements auto-

rapportés par les participantes concernant leurs souvenirs d'enfance. Toutes les mesures psychométriques concernaient des instruments d'auto-évaluation. Il ne faudrait pas pour autant sous-estimer la valeur des données psychométriques obtenues, car ces dernières pondèrent des données quantifiables et donc comparables, et ce, indépendamment de la subjectivité d'un interprète, fut-il un clinicien expérimenté.

L'utilisation des questionnaires a permis une quantification de l'intensité du sentiment de culpabilité. Cela rend désormais possible le fait de le situer en fonction des études théoriques qui en traitaient (Basset, 1983; Golberg, 1985; Miller, 1984, 1986, 1990, 1991; Nassikas, 2003; Weiss, 1983, 1986, 1993). Cette recherche est la seule, à notre connaissance, à avoir évalué le sentiment de culpabilité à l'aide d'une version française du *Guilt Inventory Scale*, en relation avec la mesure simultanée des traumatismes infantiles et des comportements alimentaires perturbés. Les sentiments de culpabilité représentent une fenêtre vers le monde intérieur. Cette recherche appuie que ces sentiments sont des compléments importants à une nosographie psychiatrique dans les désordres alimentaires. Mais, il subsiste un grand besoin de recherche dans le domaine. Il serait important d'évaluer l'ampleur des sentiments de culpabilité et d'en distinguer les origines, autant chez les patients qu'auprès des thérapeutes.

Une attention a été portée à la sélection des participantes provenant exclusivement d'un milieu universitaire dans l'objectif d'optimiser une homogénéité de l'échantillon. Toutes les participantes se sont impliquées dans l'étude de manière volontaire. Autant qu'il a été possible de le faire, aucune forme de pression pouvant les influencer dans leur choix n'a été exercée. Comme le souligne Meilleur (1997), dans ce type de recherche, il

s'avère difficile de ne pas penser qu'une certaine forme de pression, externe ou interne, ait pu imprégner les participantes et les influencer dans leur décision à participer. Pensons à toutes les facettes du phénomène de la désirabilité sociale dans ce contexte. Seules les participantes connaissent l'influence qu'elles pourraient avoir sentie durant ce processus. Cette influence a pu biaiser leurs réponses aux instruments psychométriques.

Néanmoins, les nombreux commentaires très positifs de la part des participantes après la passation des questionnaires suggèrent plutôt que leur expérience fut des plus enrichissantes, et non faite sous l'impulsion d'une quelconque contrainte. Des facteurs psychiques, comme certains traits communs associés au profil de personnalité souvent présent chez les universitaires et chez des personnes présentant des perturbations alimentaires, tel le perfectionnisme, rendent cette population convoitée pour ce type de recherche. En revanche, cette homogénéité de la provenance des participantes, plus précisément du domaine des sciences humaines et sociales dans plus de 90 % de l'échantillon, pourrait avoir eu un effet sur la variance des données recueillies. Les caractéristiques psychologiques normalement associées à ce sous-groupe de la population générale limitent par conséquent l'inférence de nos observations.

Les phénomènes concomitants qui viennent d'être décrits incitent à faire un tremplin vers un futur que l'on doit toujours espérer proche quand il s'agit de recherches dans le domaine des perturbations alimentaires, considérant l'ampleur et souvent la gravité urgente de leurs conséquences. Au terme de cette recherche doctorale, des suggestions sont émises quant à ce futur.

Suggestions pour des recherches futures

Le cadre de compréhension présenté dans cette thèse sur les liens entre l'abus émotionnel infantile, les perturbations alimentaires, et le sentiment de culpabilité, nécessite des recherches ultérieures. Les pourcentages relativement faibles de variance expliquée font songer que d'autres pistes de « causalité » doivent être envisagées et approfondies. Quelques suggestions peuvent être formulées. Précisons avec humilité que les traumatismes et leurs conséquences sont indexés de tant de variables que seuls les degrés extrêmes de l'excès permettent de faire des prévisions, et même dans ce cas, il y a des surprises (Shengold, 1998). Ainsi, ce qui est ignoré de l'impact des traumatismes infantiles dépasse probablement le savoir acquis à leur sujet jusqu'à présent. Mais dans la science aussi, le général n'est en fait trouvé qu'au point extrême de la particularité : c'est le détail ultime, et ainsi l'extrême spécialisation peut seule servir efficacement l'extrême généralisation (Saussure, 1974).

L'ambition doit être maintenue de poursuivre le développement nécessaire de mesures valides, fiables et cliniquement utiles de l'abus émotionnel. Bien qu'il y ait eu certains progrès dans le développement de mesures d'autoévaluation pour chaque forme d'abus (Sanders & Becker-Laussen, 1995), aucune de celles-ci n'évalue tous les aspects critiques de l'abus émotionnel infantile. Il est tout aussi nécessaire de s'entendre initialement sur les caractéristiques descriptives d'un abus émotionnel infantile. Il serait avantageux d'inclure des témoignages sur les comportements courants et les expériences historiques, mais tels que perçus par des proches connaissant bien les participantes. Le cas échéant, l'analyse des verbatims de ces entrevues serait d'une valeur appréciable.

Nous pensons par exemple au logiciel *Alceste* (Reinert, 1986, 1993), qui permet une classification empirique des mots et des phrases qui constituent le discours récurrent du locuteur. Une recherche que nous envisageons est le développement d'un instrument psychométrique du niveau de conscience s'adressant aux parents de patients anorexiques et boulimiques, et évaluant le niveau de conscience de leurs propres traumatismes infantiles.

Les traumatismes infantiles de cette étude ont été évalués à l'aide du *Childhood Trauma Questionnaire*. Il s'agit d'une mesure établie dans le domaine de la recherche sur les traumatismes infantiles. Toutefois, comme il s'agit d'une mesure globale des différentes formes de traumatisme, elle empêche une discrimination précise de symptômes traumatiques spécifiques. La plupart des échelles du *Childhood Trauma Questionnaire* ont démontré des corrélations significatives avec les perturbations alimentaires et le sentiment de culpabilité. Bien que l'abus émotionnel infantile ait été l'échelle la plus corrélée avec ces deux derniers paramètres, il serait nécessaire de développer des mesures standardisées pour évaluer séparément cette forme particulière de traumatisme infantile.

D'autres outils évaluant différents aspects du sentiment de culpabilité, surtout validés en langue française, devront être développés pour mieux appréhender les problèmes émotionnels et affectifs à la base des perturbations alimentaires. Les résultats obtenus peuvent aussi être d'une grande utilité pour interpréter les comportements alimentaires autodestructeurs autant des patients anorexiques que boulimiques, que chez ceux qui sont au seuil de développer des problèmes du comportement alimentaire.

La présente recherche était transversale/rétrospective. Cela entraîne des biais de prédiction, c'est-à-dire le choix d'une variable dépendante qui restreint l'observation de multiples parcours développementaux ne menant pas nécessairement à celle-ci. L'option pour une étude éventuelle de nature longitudinale et prospective serait tout aussi intéressante sur le plan scientifique. Il faudrait aussi pouvoir vérifier si les sentiments de culpabilité sont des paramètres stables de la personne comme le pensent certains auteurs ou s'ils sont susceptibles de changements évolutifs ou involutifs au cours du temps.

Des recherches ultérieures seront également nécessaires pour déterminer la nature des relations entre l'abus émotionnel infantile et les perturbations alimentaires. Cela pourrait être possible en comparant les niveaux de gravité des perturbations alimentaires, en tenant compte du type d'abus infantile, aussi bien qu'en comparant les histoires de types d'abus spécifiques dans différents groupes de personnes ayant des perturbations alimentaires (et dans d'autres groupes contrôles de patients psychiatriques et non psychiatriques). Aucune étude n'existe actuellement à cet effet, bien que plusieurs réflexions se dégagent d'études sur l'abus émotionnel infantile dans d'autres psychopathologies. En outre, ces recherches subséquentes pourraient démontrer une plus grande valeur de liaison de ce sentiment comme variable médiatrice entre des abus émotionnels infantiles et des perturbations alimentaires, mais auprès d'échantillons qui seraient composés de personnes présentant des troubles graves du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie) ou auprès de personnes ayant été sévèrement traumatisées.

Plusieurs chercheurs ont ainsi souligné la nécessité d'élucider les mécanismes psychologiques liant les abus sexuels infantiles et les abus physiques infantiles à de subséquentes perturbations alimentaires (Everill & Waller, 1995; Fallon & Wonderlich, 1997; Wonderlich et al., 1997). L'abus émotionnel infantile n'y fait pas exception. Ces auteurs ont suggéré que l'attention sur la nature cognitive, affective, et physiologique des séquelles de ce type d'abus pourrait aider à déterminer plus précisément ces influences médiatrices. Les résultats de ces recherches pourraient être intéressants sur le plan théorique et pratique, en orientant plus précisément l'acuité des interventions cliniques et des recherches à faire. La présente recherche ne s'étant penchée que sur l'examen empirique des séquelles affectives, des recherches devront être menées sur les conséquences cognitives et physiologiques (médicales) de ce type de traumatisme.

Pourquoi certaines personnes ayant développé un sentiment intense de culpabilité après un traumatisme d'abus émotionnel ne s'enliseront-elles pas dans une forme de psychopathologie ou développeront-elles des problèmes autres qu'alimentaires? Cette recherche n'amène pas de réponses à cette question, mais elle a le mérite d'amener à la poser, ce qui est plus important pour l'investigation scientifique que les réponses qu'elle peut en donner. En l'occurrence, sa valeur vient des questions qu'elle suscite. La réponse de l'adulte jadis abusé émotionnellement dans son enfance ne pourrait-elle pas être un sentiment de vengeance, c'est-à-dire de verser dans l'accusation de la personne offensante? C'est une allégation pertinente, mais elle laisse en plan le fait qu'une telle accusation n'est que l'autre versant d'un sentiment de culpabilité, lequel est une autoaccusation. Dans les deux cas, il s'agit d'une réaction à un mal subi de l'extérieur, et

ré-agir à ce mal en s'accusant (sentiment de culpabilité) ou en accusant (vengeance), c'est agir ce mal à nouveau. On est toujours dans une problématique de l'agir symptomatique. Le jeune enfant affligé d'un traumatisme est en relation très étroite avec l'adulte qui l'abuse au lieu de prendre soin de lui. Puisque l'enfant perçoit le monde comme étant *en* lui, il perçoit nécessairement l'autre (l'adulte) comme *étant* lui : l'autre qui lui fait du mal, c'est donc lui en quelque sorte. Il est possible que de mesurer empiriquement le sentiment de vengeance (l'accusation) revienne au même que de mesurer le sentiment de culpabilité. Le défi empirique est lancé.

Cette recherche rajoute aussi de l'importance au modèle multifactoriel de compréhension étiologique des perturbations alimentaires. Toutes les personnes souffrant de perturbations alimentaires n'éprouvent peut-être pas des sentiments intenses de culpabilité (consciemment du moins). De même, celles chez qui ce sentiment prédomine n'ont peut-être pas nécessairement vécu une situation d'abus émotionnel traumatique dans leur enfance. En outre, on peut penser que ce ne sont pas toutes les personnes qui ont été abusées émotionnellement qui développeront des sentiments de culpabilité ou des perturbations alimentaires. Enfin, toutes les personnes vivant un sentiment de culpabilité intense ne développeront pas obligatoirement de telles perturbations. Voilà d'autres questionnements servant de tremplins à des avenues de recherches futures. Toutefois, l'apparition fréquente de sentiments de culpabilité dans le discours de personnes ayant des perturbations alimentaires devrait alerter le clinicien ou le chercheur de la possibilité d'une histoire d'abus émotionnel infantile. Il est plausible d'avancer que les personnes ayant vécu des abus émotionnels infantiles et qui

développent un sentiment de culpabilité auront une propension à s'enliser dans des perturbations alimentaires à l'adolescence ou à l'aube de l'âge adulte. Chez ces personnes, il est possible qu'au traumatisme de l'abus émotionnel infantile se surajoute celui d'un sentiment de culpabilité qui devient traumatique par son omniprésence aliénante.

Il demeure que l'abus émotionnel infantile est un phénomène insidieux. Une personne peut le remettre en scène toute sa vie dans des situations les plus diverses via son sentiment de culpabilité. Lorsque ce sentiment entraîne des perturbations alimentaires, ce type d'abus peut induire inconsciemment des cliniciens à abuser émotionnellement encore cette personne, a fortiori si les sentiments de culpabilité prédominent chez elle (Miller, 1986, p. 199). Des recherches cliniques consécutives devront tenir compte de ces réalités relationnelles. Cela nécessitera des analyses systématisées des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels en jeu auprès des personnes présentant des perturbations alimentaires, mais aussi auprès de personnes présentant d'autres problèmes psychologiques et psychiatriques. Ce champ de recherche, encore trop peu examiné (DeLucia-Waack, 1999; Franko & Rolfe, 1996), présente l'avantage de promouvoir chez le chercheur et le clinicien un esprit autocritique indispensable pour le travail auprès de ces personnes. Ceci est essentiel, puisqu'une personne dont on a abusée émotionnellement très tôt dans la vie n'arrive pas à s'apercevoir qu'on abuse encore d'elle. Un enfant plongé quotidiennement dans l'insécurité de l'abus émotionnel ne doit plus s'apercevoir de ce qui le blesse lui-même par la suite. Un adulte qui a été repoussé alors qu'il était enfant et qui n'a jamais reçu de

tendresse apaisante, ne sait pas qu'il existe autre chose que la tendresse qui exploite. Il est forcé d'accepter toute proximité humaine qui s'offre à lui, fut-elle émotionnellement abusive, destin d'un résultat tragique conditionnel à l'obtention d'un minimum d'affection.

Nassikas (2003) note que ces personnes sont condamnées à des comportements et des actes contenant des éléments condensés de scènes traumatiques. Ces réalités sont susceptibles d'être revécues en clinique via le transfert et le contre-transfert. L'actuelle recherche doctorale suggère ainsi que des recherches devront songer sérieusement à ces avenues. La dynamique psychique interne qui a été exposée ici au sujet des personnes ayant vécu des abus émotionnels devrait servir à la formulation de questions nouvelles et à l'ouverture de champs d'exploration qui leur correspondent.

Conclusion

L'objectif central de cette recherche était de cerner l'une des voies de médiation de la souffrance issue de traumatismes infantiles, surtout d'abus émotionnels, impliquée dans les perturbations alimentaires. L'hypothèse principale qui en découlait était que le sentiment de culpabilité représentait l'une de ces variables médiatrices. Les résultats de cette étude tendent à répondre à la question posée en introduction, à savoir que ce sentiment interfère dans la fonction vitale de la faim pour en modifier le cours naturel. Ce sentiment joue un rôle médiateur dans la dynamique des perturbations alimentaires chez les adultes, ce qui confirme certaines observations faites par des cliniciens sur les difficultés émotionnelles des personnes présentant de telles perturbations.

L'origine des perturbations alimentaires ne semble pas entièrement résider dans la réalité des abus émotionnels qui ont eu lieu, mais dans la nécessité de leur refoulement. Cette étude suggère qu'un retour du refoulé se manifeste par un sentiment de culpabilité. Les racines de ce sentiment de culpabilité sont comme celles d'un arbre : elles sont d'autant plus invisibles qu'elles sont profondes, et par le fait même, elles sont tenaces et résistantes, ce qui signifie que la personne a moins de possibilités d'en être consciente. À tout le moins, elle pourra éprouver un vague sentiment de culpabilité, mais ces racines passeront inaperçues. Il s'agirait bien, dans ce cas, comme le souligne pertinemment Golberg (1985), d'un « senti qui *ment* » (p. 82), car l'individu n'est pas coupable, et il doit le comprendre.

Beaucoup de recherches sur les troubles alimentaires ne portent que sur des échantillons cliniques, c'est-à-dire des personnes hospitalisées ou suivies en externe et médicalement diagnostiquées avec un trouble d'anorexie mentale ou de boulimie. Quant aux recherches portant sur des échantillons non cliniques d'individus à risque de développer des perturbations alimentaires, elles sont lacunaires. En s'intéressant à ces individus, on augmente la compréhension des facteurs prodromiques. Par son cadre rigoureux, la présente recherche permet d'apporter des informations valides en orientant du même coup des recherches ultérieures. Par exemple, la différence trouvée entre les poids maximum et minimum des participantes ayant ou non des perturbations alimentaires s'inscrit dans cette filiation.

À un niveau plus fondamental, cette thèse entérine que des liens étroits et potentiellement traumatiques peuvent se tisser prématurément entre les émotions suscitées dans les relations parents-enfant et le comportement alimentaire ultérieur de cet enfant, une fois adulte. C'est dire tout l'intérêt de se pencher sur l'agencement précoce du comportement alimentaire et de ses consolidations avec le vécu émotionnel. Songeons à toutes les interventions psychologiques préventives pouvant être prodiguées dès la périnatalité dans les services pédiatriques, en favorisant l'adéquation relationnelle mère-enfant (parents-enfant). En clinique pédopsychiatrique et psychiatrique, on en déduit que des interventions centrées exclusivement sur les symptômes de perturbations alimentaires pourraient conduire à des injonctions thérapeutiques comportementalistes inadaptées. Par conséquent, il faut aussi considérer son univers émotionnel sous-jacent et originaire. Cela autorise la question : comment élever un enfant pour qu'il en vienne à

respecter son corps? Une sensibilisation très particulière est à développer en ce domaine, surtout en regard de l'importance du corps dans les perturbations alimentaires. C'est insister sur une écoute attentive des composantes affectives et émotionnelles en jeu dans le comportement alimentaire à tous les âges de la vie, sans jamais négliger leur mesure empirique.

Le sentiment de culpabilité et l'abus émotionnel infantile qui ont été abordés dans cette thèse comme variables principales se rapportent aux perturbations alimentaires en général, indépendamment de leurs sous-catégories diagnostiques. Il apparaît important de souligner que leur interaction n'est pas nécessairement caractéristique des seuls individus présentant des perturbations alimentaires. Elle n'est probablement pas qualitativement différente des processus opérant à un quelconque niveau de conscience chez les personnes souffrant d'autres troubles psychiatriques et chez les individus « normaux ».

Ce qui donne la valeur aux recherches sur les perturbations alimentaires, c'est qu'elles nous montrent toujours plus clairement ce qui, chez la plupart des individus exempts de telles perturbations, a été obscurci par des années d'adaptation aux modes usuels (normaux) de régulation du comportement alimentaire de nos sociétés occidentales. La recherche sur les traumatismes inhérents aux perturbations alimentaires propulse ceux et celles qui s'y adonnent aux confins du comportement alimentaire humain, et induit en eux et en elles le sentiment que cette normalité du comportement alimentaire n'est peut-être qu'un leurre. Se poser ce type de question ne donne plus de repos, ce qui témoigne d'une attitude salutaire à quiconque œuvre dans le domaine

psychiatrique et de ses recherches. Les perturbations alimentaires semblent ainsi mettre en lumière des réalités émotionnelles douloureuses que la plupart des gens enfouissent en eux-mêmes. Qui peut soutenir que son comportement alimentaire est parvenu à maturité? Que ce comportement adapté ne comporte pas un revers pathologique et qu'il sera possible de toujours s'en préserver? La présente recherche autorise à prévenir les cliniciens et les chercheurs que comprendre le comportement alimentaire perturbé d'une autre personne suppose une parfaite connaissance intime de son propre comportement alimentaire. Comment comprendre les perturbations alimentaires d'autrui si le clinicien ignore la portion émotionnelle qui lui est rattachée pour lui-même?

D'après la réflexion de plusieurs auteurs cités dans cette recherche (Klitzing & Lutz-Latil, 2003; Mejia & Ansermet, 2000; Nassikas, 2003; Sibertin-Blanc & Vidailhet, 2003), les symptômes traumatiques – conscience agie (et non pensée) – ne réussissent pas à se franchir un chemin jusqu'à la pensée, et de là jusqu'au langage, lequel favorise une prise de conscience et une diminution, voire une disparition des symptômes. Les réflexions de ces auteurs convergent sur le fait que le langage parlé ne peut que rarement autoriser l'identification de souffrances traumatiques, puisque les symptômes résiduels d'un traumatisme ne sont pas intellectuels mais affectifs. Le langage ne peut en conséquence dénouer ces souffrances d'un autre ordre que lui. Cela demeure toujours possible, précisent Mejia et Ansermet (2000), dont le modèle repose sur les liens entre traumatisme et langage, mais encore faut-il savoir en déceler les traces. Ce tour de force qui consiste « dire l'inédit avec des mots étayant ce qui n'est que trop connu réside tout entier dans la *combinaison* de mots (Mejia & Ansermet, 2000, p. 225) ». Il s'agit de

retrouver sa singularité, elle-même liée à la construction d'une parole à soi, c'est-à-dire à des combinaisons originales de mots. Ainsi, l'appropriation d'un langage verbal de plus en plus personnalisé par ses combinaisons distinctives, met en place les conditions psychologiques essentielles pour placer en lumière un sentiment latent de culpabilité. La présente recherche doctorale démontre que ce sentiment peut représenter pour le patient un symptôme résiduel (une « trace matérielle ») signalant la présence d'un traumatisme antérieur dans sa vie.

Il n'y a pas de développement humain sans traumatisme. Rappelons qu'un traumatisme est un événement menaçant et surtout, non désiré. En ce sens, le premier traumatisme d'un être humain est sa naissance puisqu'il n'a jamais choisi de vivre. L'ensemble de son développement repose paradoxalement sur une base traumatique originaire. La présente recherche fait voir que les traumatismes sont interprétés par l'enfant comme des preuves d'amour lui permettant de survivre à ces expériences accablantes, à défaut de quoi il en succomberait. Mais ce processus psychique de survie fait que le niveau de conscience diminue alors sous le poids de l'inconscience reliée aux expériences traumatiques. Des couches successives d'inconscience se posent sur sa conscience. C'est ainsi qu'une avenue ultérieure de recherche concerne l'attention portée au niveau de conscience (*insight*) des personnes présentant des perturbations alimentaires, puisque les traumatismes infantiles sont responsables de notre capacité à rester en contact avec notre conscience. Le niveau de conscience permet de discerner les symptômes traumatiques en cessant de réagir à ceux-ci par des comportements alimentaires perturbés.

Toutefois, le « meurtre de l'âme » (Shengold, 1998) implique une différence économique, c'est-à-dire un excès quantitatif auquel ont contribué de réelles et terribles expériences. L'aspect inhumain des traumatismes émotionnels infantiles est tellement ignoré dans nos sociétés que nous finissons par l'oublier. Mais refuser d'appeler mal ce qui fait ainsi mal à l'enfant (et à l'enfance) conduit à remplacer mal par *nor(me)*-mal (Basset, 1999). Par exemple, estimer normal de crier après un enfant signifie ainsi que ce mal est devenu une norme. Une confusion très dangereuse s'installe sournoisement entre fréquent et normal. Cette confusion conduit au fait que les causes et les conséquences des traumatismes infantiles sur la vie de l'adulte sont presque systématiquement ignorées dans nos sociétés (Briere, 1992a; Miller, 1990). Elles le sont encore plus malheureusement en regard des perturbations alimentaires en général.

Selon Miller (1984), plus on se rapproche de l'ère moderne, plus la persécution physique de l'enfant est supplantée par une cruauté psychique. Certes, il y a des progrès au niveau de l'affinement des apparences; il suffit d'avoir le discours public ou scientifique sur la maltraitance des enfants et sur ses conséquences dans la vie adulte pour laisser croire qu'on s'en préoccupe. Mais ces soi-disant progrès s'arrêtent souvent au discours, et ne vont pas de pair avec une plus grande sagacité dans les actes. Vasse (2001) souligne qu'on dit alors la vérité pour ne pas la faire. Le physicien Albert Einstein disait à la fin de sa vie que toute forme de progrès, quelle qu'elle soit, ne voudra jamais rien dire tant qu'il y aura des enfants abusés et dans la misère. Ce qui est fréquent ne doit pas être confondu avec ce qui est normal.

L'intervention clinique et la recherche entourant l'enjeu des traumatismes émotionnels infantiles impliqués dans les perturbations alimentaires ne doivent surtout pas contribuer à une fixation du traumatisme. L'amont qui a envahi le gouffre du traumatisme est en partie codé dans le filet émotionnel d'un sentiment de culpabilité envahissant désormais la personne. À l'instar des images limpides d'un rêve, la résurgence de ce sentiment porte la marque d'une condensation inconsciente, celle de l'impensable abus émotif archaïque. Cette thèse voulait démontrer, dans ce cas, que la confusion peut devenir encore plus grande, car les perturbations alimentaires, par leurs symptômes déconcertants, montrent autant qu'elles cachent. Elles cachent tout cet univers émotionnel envahi de sentiments de culpabilité et l'abus émotionnel qui semble en être la source. Cet élément particulier apporté par notre recherche se laisse difficilement ignorer par les thérapeutiques, sans conséquence marquée pour ces dernières.

Aucune thèse ne peut mesurer l'étendue de la souffrance humaine impliquée dans les perturbations alimentaires. Mais toute démarche clinique et de recherche devrait aider la personne qui en souffre à retrouver l'équivoque signifiante, afin d'autoriser une récupération subjective au-delà du traumatisme émotionnel et de la culpabilité qui paralyse. Ce cheminement est nécessaire pour que la personne retrouve son acuité émotionnelle. Comme le soulignent Mejia et Ansermet (2000), tout l'enjeu est là : éviter que ce qui est en amont ne contribue pas à absorber ce qui est en aval du traumatisme. Espérons que la présente recherche aura transmis l'ambition à investir cette avenue encore trop peu fréquentée.

Références

Abraham, K. (1916 / 1965-1966). *Œuvres complètes* (Vol. 1-2). Traduction française par I. Barande, Paris : Payot.

Abraham, N., & Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion.

Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *The Psychiatric Clinic of North America*, 24, 371-379.

Alain, M. (2004). *Les us et abus dans l'application de la régression multiple en sciences humaines*. Trois-Rivières : SMG.

Alix Klein, D., & Walsh, B. T. (2004). Eating disorders : Clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior*, 81, 359-374.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text revision). Washington.

Andersen, A. E., & Holman, J. E. (1997). Males with eating disorders : Challenges for treatment and research. *Psychopharmacological Bulletin*, 33, 391-399.

Ansermet, F. (1994). Le manque anorexique. *Revue médicale de la Suisse romande*, 114, 965-968.

Ausubel, D. P. (1955). Relationships between shame and guilt in the socializing process. *Psychological Review*, 62, 378-390.

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barral, W. (1999). *Françoise Dolto, c'est la parole qui fait vivre. Une théorie corporelle du langage*. Paris : Gallimard.
- Basset, L. (1996). *La joie imprenable*. Paris : Albin Michel.
- Basset, L. (1999). *Guérir du malheur*. Paris : Albin Michel.
- Basset, L. (2003). *Culpabilité, paralysie du cœur*. Montréal : Fides.
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt : An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115, 243-267.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system : Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5-31.
- Benedict, R. (1946). *The chrysanthemum and the sword*. Boston : Houghton Mifflin.
- Benedict, F. G., Miles, W. R., Roth, P., & Smith, H. M. (1919). *Human vitality and efficiency under prolonged restricted diet*. Washington Publ. No. 280 : Carnegie Institute.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire : A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Ahluwalia, T., Pogge, D., Handelsman, L. (1997). Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 340-348.

- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 8, 1132-1136.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Lillie, A., Jarvis, J. (1997). Memories of childhood neglect and abuse : Corroboration in a series of sisters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 365-374.
- Binford, R. B., Le Grange, D., & Jellar, C. C. (2005). Eating disorders examination versus eating disorders examination-questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 44-49.
- Birraux, A. (1990). *L'adolescent face à son corps*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bokanowski, T. (2002). Le trauma aujourd'hui et ses conséquences. Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 66, 745-759.
- Bramon-Bosch, E., Troop, N. A., & Treasure, J. L. (2000). Eating disorders in males : A comparison with female patients. Paper. *European Eating Disorders Review*, 8, 321-328.
- Briere, J. (1992a). *Child abuse and trauma*. Newbury Park, California : Sage Publications.
- Briere, J. (1992b). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consultation Clinical Psychology*, 60, 196-203.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse and Neglect*, 12, 331-341.

- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse and Neglect*, 14, 357-364.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. NY : Basic Books.
- Bruch, H. (1975). *Les yeux et le ventre*. Paris : Payot.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. Dans D. Garner, & P. E. Garfinkel (Éds), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 7-18). New York : Guilford.
- Bruch, H. (1988). *Conversations with anorexics*. New York : Basic Books.
- Brusset, B. (1991). *L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse : Privat.
- Brusset, B. (1993). Anorexie mentale et boulimie. Du point du vue de leur genèse. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 41, 245-249.
- Brusset, B., Couvreur, C., & Fine, A. (1997). *La boulimie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Burney, J., & Irwin, H. J. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 56, (1) 51-61.
- Bush, M. (1989). The role of unconscious guilt in psychopathology and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 97-107.

- Bushnell, J. A., Wells, J. E., & Oakley-Browne, M. A. (1992). Long-term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 136-142.
- Button, E. J., & Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 11, 509-516.
- Bybee, J., Zigler, E., Berliner, D., & Merisca, R. (1996). Guilt, guilt-evoking events, depression, and eating disorders. *Current Psychology, Developmental, Learning, Personality, Social*, 15, (2)113-127.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Consoli, S. M., Paterniti, S., Laurier, C., & Chambry, J. (2002). Anhédonie et conscience émotionnelle : réalités et perspectives dans les troubles des conduites alimentaires. *Annales de médecine interne*, 153, 2S52-2S61.
- Calam, R., Griffiths, R., & Slade, P. (1997). Eating disorders, body satisfaction and unwanted sexual experience : UK, Australian and US data. *European Eating Disorders Review*, 5, 158-170.
- Calam, R., Waller, G., & Slade, P. D. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 479-485.
- Canarella, T., Marcelli, D., & Gaspard, B. (1981). L'alimentation du bébé et sa dimension socioculturelle. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 29, 501-505.
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60, 157-165.
- Chasseguet-Smirgel, L. (1991). Troubles alimentaires et féminité : Réflexions à partir de cas d'adultes ayant présenté des troubles alimentaires à l'adolescence. *Revue canadienne de psychanalyse*, 1, 101-125.

CIM10 / ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, Dixième révision. *Chapitre V (F) : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement*, Organisation Mondiale de la Santé, Paris : Masson.

Claussen, A. H., & Crittenden, P. M. (1991). Physical and psychological maltreatment : Relations among types of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 15, 5-18.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Revised ed. New York : Academic Press.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale. New York : LEA.

Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioural sciences* (3nd ed.). Hillsdale, New York : LEA.

Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effects of incest on self and social functioning : A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 174-184.

Connors, M. E., & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders : A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 1-11.

Cook, D. R. (1994). *Internalised Shame Scale : Professional manual*. Menomonie, WI : Channel Press.

Corcos, M. (2000). *Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod.

Crisp, A. H. (1980). *Anorexia nervosa : Let me be*. London : Academic Press.

- Crisp, A. H. (1984). The psychopathology of anorexia nervosa : Getting the “heat” out of the system. Dans A. J. Stunkard et E. Stellar (éd.), *Eating and its disorders*. NY : Raven Presss.
- Crisp, A. H. (1991). L’anorexie : Un aperçu. *Psychothérapies*, 3, 131-133.
- Crisp, A. H., Callender, J. S., Halek, C., & Hsu, L. K. G. (1992). Long-term mortality in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 161, 104-107.
- Crow, S., Praus, B., & Thuras, P. (1999). Mortality from eating disorders- A 5- to 10-year record linkage study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 97-101.
- Cyrułnik, B. (1983). *Mémoire de singe et paroles d’homme*. Évreux : Hachette.
- Cyrułnik, B. (1995). *De la parole comme d’une molécule. Entretiens avec Émile Noël*. Paris : Eshel.
- Cyrułnik, B. (1997). *L’ensorcellement du monde*. Paris : Odile Jacob.
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens*. London : Heinemann.
- Damasio, A. (2002). *Le sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*. Paris : Odile Jacob.
- De Groot, J., & Rodin, G. M. (1999). The relationship between eating disorders and childhood trauma. *Psychiatric Annals*, 29, 225-229.
- DeLucia-Waack, J. L. (1999). Supervision for counselors working with eating disorders groups : Countertransference issues related to body image, food, and weight. *Journal of Counseling and Development*, 77, 379-388.

- Delourmel, C. (2002). Le trauma aujourd'hui et ses conséquences. Traumatisme et mémoire : événement et/ou trace? *Revue française de psychanalyse*, 66, 711-729.
- Dethieux, J. B., Hazane, F., Dounet, C., Gentil, V., & Raynaud, J. P. (2001). À la recherche des émotions perdues : L'adolescente anorexique et son père. Étude préliminaire à propos de l'hypothèse alexithymique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49, 131-140.
- Devaud, C., Michaud, P.-A., & Narring, F. (1994). Perceptions corporelles, comportements et dysfonctions alimentaires parmi les adolescents suisses : une enquête nationale. *Revue médicale de la Suisse romande*, 114, 1009-1015.
- DeVillard, R., Maillet, J., Revol, O., Rochet, T., Desombre, H., Gérard, D., & Fournier, P. (1999). Éthique, loi et traitement face à l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 47, 349-351.
- Dodd, R. (2004). *The influence of emotional eating on individuals presenting for bariatric surgery*. Thèse de doctorat inédite. University of Hartford.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Seuil.
- Dolto, F. (1985). *Tout est langage*. Paris : Gallimard.
- Dolto, F. & Nasio, J. D. (1992). *L'enfant du miroir*. Paris : Payot.
- Dorahy, M. J., & Schumaker, J. F. (1996). Dissociative functioning and its relationship state and trait guilt in the non-clinical population. *Personality and Individual Differences*, 23, 967-972.
- Dumas, D. (1989). *Hantise et clinique de l'autre*. Paris : Aubier.

- Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franki, D. L., & Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 191-201.
- Eliacheff, C., & Raimbault, G. (1989). *Les indomptables : figures de l'anorexie*. Paris : Odile Jacob.
- Everill, J., & Waller, G. (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology : A review of the evidence of a causal link. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 127-134.
- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioral approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 4, 402-408.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa : A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 609-517.
- Fallon, P., & Wonderlich, S. A. (1997). Sexual abuse and other forms of trauma. Dans D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Éds), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 394-414). New York : Guilford Press.
- Fenichel, O. (1929). The dread of being eaten. *International Journal of Psychoanalysis*, 10.
- Fenichel, O. (1955). *Anorexia, in Collected Papers* (Vol. 2). Londres : Routledge & Kegan.

- Ferenczi, S. (1982). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Dans *Œuvres complètes, Psychanalyse IV*. Paris : Payot.
- Fodor, I. E. (1996). A woman and her body : The cycles of pride and shame. Dans R. G. Lee & G. Wheeler (Éds), *The voice of shame : Silence and connection in psychotherapy* (pp. 229-269). San Francisco : Jossey-Bass.
- Fortin, A., & Chamberland, C. (1995). Preventing the psychological maltreatment of children. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 275-295.
- Frank, F. S. (1990). *Shame and guilt in eating disorders*. Thèse de doctorat inédite, Harvard Graduate School of Education, Cambridge.
- Frank, F. S. (1991). Shame and guilt in eating disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 303-306.
- Franko, D. L. & Rolfe, S. (1996). Countertransference in the treatment of patients with eating disorders. *Psychiatry*, 59, 108-116.
- Franklin, J. S., Schiele, B. C., Brozek, J., & Keys, A. (1948). Observations on human behavior in experimental starvation and rehabilitation. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 28-45.
- Freud, S. (1917/1972). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Freud, S. (1920/1972). *Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse*. Paris : Payot.
- Freud, S. (1923). The Ego and the Id. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. (Vol. 19, pp. 1-66). London : Hogarth.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. (Vol. 20, pp. 75-175). London : Hogarth.

Freud, S. (1940). Outline of psycho-analysis. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. (Vol. 23, pp. 139-207). London : Hogarth.

Freud, S. (1953). Further remarks on the neuro-psychosis of defence. Dans J. Strachey (Éds), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3), (pp. 157-185). London : Hogarth Press.

Freud, S. (1962). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard.

Friedman, M. (1985). Toward a reconceptualization of guilt. *Contemporary Psychoanalysis*, 21, 501-547.

Garbarino, I., Guttman, E., & Seeley, I. W. (1986). *The psychologically battered child*. San Francisco : Jossey-Bass.

Garbarino, I., & Vondra, I. (1987). Psychological maltreatment : Issues and perspectives. Dans M. R. Brassard, R. Germain, & S. N. Hart (Éds), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 24-44). New York : Pergamon Press.

Garner, D. M. (1985). Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 25-33.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. (1979). The eating attitude test : an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York : Guilford Press.

Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., & Kennedy, S., & Woodside, D. B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample : prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-1058.

- Gauthier, L., Stollak, G., Messe, L., & Aronoff, J. (1996). Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. *Child Abuse and Neglect*, 20, 549-559.
- Gauvain-Piquard, A., & Meignier, M. (1993). *La douleur de l'enfant*. Paris : Calmann-Lévy.
- Gauvain-Piquard, A., & Pichard-Léandri, E. (1989). *La douleur chez l'enfant*. Paris : Medsi/Mc Graw-Hill.
- Girard, R. (1982). *Le bouc émissaire*. Paris : Grasset.
- Gleaves, D. K., & Eberenz, K. P. (1994). Sexual abuse histories among treatment resistant bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 227-231.
- Golberg, J. (1985). *La culpabilité, axiome de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Goodsitt, A. (1977). Narcissistic disturbances in anorexia nervosa. Dans S. C. Feinstein & P. Giovacchini (Éds), *Adolescent Psychiatry* (Vol. 5), (pp. 304-312). New York : Jason Aronson.
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 51-60.
- Goodsitt, A. (1985). Self psychology and the treatment of anorexia nervosa. Dans D. M. Garner & P. E. Garfinkel, (Éds), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York : Guilford Press.
- Grebel, D. E. (1993). *The relationship between shame, guilt and eating disorders*. Thèse de doctorat inédite. The Wright Institute, California.

- Griffiths, R. A., Mallia-Blanco, R., Boesenberg, E., Ellis, C., Fischer, K., & Taylor, M. (2000). Restrained eating and sociocultural attitudes to appearance and general dissatisfaction, *European Eating Disorders Review*, 8, 394-402
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2002). Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 183-188.
- Grimm, R. (1989). *Culpabilité sans issue?* Genève : Labor et Fides.
- Gross, A. B., & Keller, H. R. (1992). Long-term consequences of childhood physical and psychological maltreatment. *Aggressive Behaviour*, 18, 171-185.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Loas, G., & Jeammet, P. (2000). Alexithymie et dépression dans les troubles des conduites alimentaires. *Encephale*, 26, 1-6.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1993). *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*. Paris : Masson.
- Gull, W. W. (1868). Anorexia nervosa (apapsia hysterica), *British Medical Journal*, 2.
- Hamburg, P. & Herzog, D. (1990). Supervising the therapy of patients with eating disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 64, 369-380.
- Harder, D. W. (1995). Shame and guilt assessment, and relationships of shame- and guilt-proneness to psychopathology. Dans J. P. Tanghey & K. W. Fischer (Éds), (pp. 368-392). *Self-conscious emotions : The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York : Guilford Press.
- Harder, D. W., Cutler, L., & Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 59, 584-604.

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.

Harrus-Révidi, G. (1997). *Psychanalyse de la gourmandise*. Paris : Payot.

Hart, S. N., Binggeli, N. I., & Brassard, M. R. (1998). Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, 1, 27-58.

Hart, S. N., & Brassard, M. R. (1987). A major threat to children's mental health. *American Psychologist*, 42, 160-165.

Hart, S. N., Brassard, M. R., & Karlson, H. C. (1996). Psychological maltreatment. Dans J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Henny, & T. Reid (Éds), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 72-89). London : Sage Publications.

Hayaki, J., Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2001). Emotional expression and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 57-62.

Hébert, R., Bravo, G., & Girouard, D. (1993). Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. *La Revue canadienne du vieillissement*, 12, 324-337.

Hébert, R., Bravo, G., & Voyer, L. (1994). La traduction d'instruments de mesure pour la recherche gérontologique en langue française : critères métrologiques et inventaire. *La Revue canadienne du vieillissement*, 13, 392-406.

Hébert, P. C., & Weingarten, M. A. (1991). The ethics of forced feeding in anorexia nervosa. *Canadian Medical Association Journal*, 144, 141-144.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York : Basic Books.

Herzog, W., Deter, H. C., & Vandereyckhen, W. (1992). *The course of eating disorders*. Berlin : Springer-Verlag.

Hesnard, A. (1949). *L'univers morbide de la faute*. Paris : PUF.

Hetherington, M. M. (2000). Eating disorders : Diagnosis, etiology, and prevention. *Nutrition*, 16, 547-551.

Hoblitzelle, W. (1987a). Attempts to measure and differentiate shame and guilt : The relation between shame and depression. Dans H. B. Lewis (Ed.), *The role of shame in symptom formation* (pp. 207-235). Hillsdale, NJ : Erlbaum.

Hoblitzelle, W. (1987b). *The measurement of shame and guilt and the role of shame in depression*. Thèse de doctorat inédite. Yale University, New Haven, CT.

Hoek, H. W., Bartelds, A. I. M., Bosveld, J. J. F., van der Graaf, Y., Limpens, V. E. L., Maiwald, M., & Spaaij, C. J. K. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1272-1278.

Hoffman, M. (1981). Is altruism a part of human nature? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 121-137.

Hoffman, M. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. Dans N. Eisenberg & J. Strayer (Éds), *Empathy and its development* (pp. 47-80). Cambridge : Cambridge University Press.

Hoglund, C. L., & Nicholas, K. B. (1995). Shame, guilt and anger in college students exposed to abusive family environments. *Journal of Family Violence*, 10, 141-157.

Horesh, N., Apter, A., & Lepkifker, E. (1995). Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 5-9.

- Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D., Lepkifker, E., & Minouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 921-927.
- Hughes, P. (1997). The use of the countertransference in the therapy of patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 258-269.
- Humphrey, L. L. (1983). A sequential analysis of family process in anorexia bulimia. Dans *Understanding anorexia nervosa and bulimia. Report of the Fourth Ross conference on Medical Research* (pp. 37-45). Columbus : Ross Laboratories.
- Humphrey, L. L., Apple, R. F., & Kirschenbaum, D. S. (1986). Differentiating bulimic-anorexic from normal families using interpersonal and behavioural observational systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 190-195.
- Huon, G., & Lim, J. (2000). The emergence of dieting among female adolescents : Age, body mass index, and seasonal effects. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 221-225.
- Janet, P. (1908). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris : Alcan.
- Jeammet, P. (1984). La famille de l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 32, 299-303.
- Jeammet, P. (1985). *L'anorexie mentale*. Paris : Doin.
- Jeammet, P. (1989). Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. *Confrontations psychiatriques*, 31, 177-202.
- Jeammet, P. (1990). Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38, 190-199.

- Jeammet, P. (1991). L'anorexie : Personnalité et aspects psychodynamiques. *Psychothérapies*, 3, 135-142.
- Jeammet, P. (1993). L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 41, 235-244.
- Jeammet, P. (1997). Vers une clinique de la dépendance. Approche psychanalytique. Dans R Padieu, F Beaugé, M Choquet, R Molimard, P Parquet, & L Stinus, eds. *Dépendance et conduites de consommation*. Paris : INSERM, 33-56.
- Johnson, C., & Larson, R. (1982). Bulimia : An analysis of moods and behaviors. *Psychosomatic Medicine*, 44, 341-351.
- Jones, W. H., & Burdette, M. P. (1994). Betrayal in close relationships. Dans A. L. Weber & J. Harvey, (Eds.), *Perspectives on close relationships* (pp. 243-262). New York : Allyn & Bacon.
- Jones, W. H., & Kugler, K. (1993). Interpersonal correlates of the guilt inventory. *Journal of Personality Assessment*, 61, 246-258.
- Jones, W. H., Kugler, K., & Adams, P. (1995). You always hurt the one you love : Guilt and transgression against relationship partners. Dans K. Fischer & J. P. Tangney (Éds), *Shame, guilt, embarrassment and pride : Empirical studies of self-conscious emotions* (pp. 301-321). New York : Guilford.
- Jones, W. H., Schratter, A. K., & Kugler, K. E. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327.
- Julien, P. (2001). *Eating disorder symptomatology in female college students : Part of a larger trauma response?* Thèse de doctorat inédite. University of Connecticut.

- Kafka, F. (1972). *Un champion de jeûne*. Dans *La colonie pénitentiaire et autres récits*, traduit de l'allemand par A. Vialatte. Paris : Gallimard [1948, pour la traduction française].
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis de psychiatrie, sciences du comportement, psychiatrie clinique*. Paris : Pradel.
- Kearney-Cooke, A., & Striegel-Moore, R. (1994). Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa : A feminist psychodynamic approach. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 305-319.
- Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. D., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women : Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52, 374-383.
- Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20, 887-903.
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes : The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 159-167.
- Kestenberg, E., Kestenberg, J., & Decobert, S. (1972). *La faim et le corps*. Paris : Presses universitaires de France.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation, vol. II*. Minneapolis : Minnesota Press.

- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hammer, L. D., Litt, I., Wilson, D. M., & Rich, T. (1993). An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 369-384.
- Klein, M. (1948). On the theory of anxiety and guilt. Dans *Envy and gratitude and other works*, 1946-1963. New York : Delacorte Press.
- Klein, M. (1978). Les stades précoces du conflit œdipien. Dans *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot.
- Klitzing, K. von., & Lutz-Latil, N. (2003). La narration chez les enfants traumatisés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 75-80.
- Kluge, E.-H. (1991). The ethics of forced feeding in anorexia nervosa : A response to Hébert and Weingarten. *Canadian Medical Association Journal*, 144, 1121-1124.
- Kog, E. & Vandereycken, W. (1989). The speculations : An overview of theories about eating disorder families. Dans *The Family approach to Eating Disorders* (Éds). New York : PMA.
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M., & Treasure, J. (2004). The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 42-48.
- Krystal, H. (1987). The hedonic element in affectivity. Dans D. C. Clark et J. Fawcett (Éds), *Anhedonia and affect deficit states* (pp. 89-117). New York : PMA.
- Kugler, K. E. (1991). *Guilt : Conceptualization and measurement*. Thèse de doctorat inédite, The University of Tulsa.
- Kugler, K. E., & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327.

- Lacey, J. H. (1986). Pathogenesis. Dans L. J. Downey & J. C. Malkin (Éds), *Current approaches : Bulimia* (pp. 17-27). Southampton, UK : PMA Pub. Duphar.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness : A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Lasègue, E. -C. (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives générales de médecine*, 21.
- Latzer, Y., Eysen-Eylat, D., & Tabenkin, H. (2000). A case report : Treatment of severe anorexia nervosa with home total parenteral hyperalimentation. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 115-118.
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation : Outlining levels of psychic transformation *International Journal of Psycho Analysis*, 78, 855-877.
- Leichner, P., & Gertler, A. (1988). Prevalence and incidence studies of anorexia nervosa. Dans B. J. Blinder, B. F. Chaintin et R. Goldstein (Éds), *The eating disorders* (pp. 131-149). New York : PMA Pub. Corp.
- Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreault, M., & Gottheil, N. (1994). Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 39, 49-54.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York : International Universities Press.
- Lewis, H. B. (1987). *The role of shame in symptom formation*. Hillsdale, NH : Lawrence Erlbaum.
- Lewis, M. (1992). *Shame : The exposed self*. New York : Free Press.

- Lighezzolo, J. (2000). Facteurs psychodynamiques impliqués dans l'obésité infantile commune. Approche projective comparée. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 48, 253-262.
- Maloney, M., & Farrell, M. (1980). Treatment of severe weight loss in anorexia nervosa with hyperalimentation and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 137, 310-313.
- Mann, A. H., Wakeling, A., & Wood, K. (1983). Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls. *Psychological Medicine*, 13, 573-580.
- McCann, I. L., & Perlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor*. New York : Brunner/Mazel.
- McKercher, R. A. (2003). *Insight and self-report of manic symptoms in bipolar disorder*. Thèse de doctorat inedite. Alliant International University, San Diego.
- McKinley, N. M., & Hyde, J. S. (1996). The objectified body consciousness scale : Development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 181-215.
- McManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review*, 15, 845-863.
- Meehan, W., O'Connor, L. E., Berry, J. W., & Weiss, J. (1996). Guilt, shame and depression in clients in recovery from addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28, 125-134.
- Meilleur, D. (1997). *Attitudes face à l'avènement de la puberté et aux transformations corporelles chez des adolescentes anorexiques*. Thèse de doctorat inédite. Université de Montréal.

- Mejia, C., & Ansermet, F. (2000). Traumatisme et langage. Notes pour une méthodologie de recherche clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 48, 219-227.
- Miller, A. (1983). *Le drame de l'enfant doué*. Paris : Presses universitaires de France.
- Miller, A. (1984). *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*. Paris : Aubier.
- Miller, A. (1986). *L'enfant sous terreur. L'ignorance de l'adulte et son prix*. Paris : Aubier.
- Miller, A. (1990). *La connaissance interdite. Affronter les blessures de l'enfance dans la thérapie*. Paris : Aubier.
- Miller, A. (1991). *Abattre le mur du silence*. Paris : Aubier.
- Miller, A. (2001). *Libres de savoir. Ouvrir les yeux sur notre propre histoire*. Paris : Flammarion.
- Miller, A. (2004). *Notre corps ne ment jamais*. Mayenne : Flammarion.
- Mintz, L. B., & O'Halloran, S. (2000). The eating attitudes test : Validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74, 489-503.
- Mitchell, P. B., Parker, G. B., & Dwyer, J. M. (1988). The law and a physically-ill patient with anorexia nervosa : Liberty versus paternalism. *The Medical Journal of Australia*, 148, 41-44.
- Modell, A. H. (1965). On having the right to a life : An aspect of the superego's development. *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 323-331.

- Modell, A. H. (1971). The origin of certain forms of pre-oedipal guilt and the implications for a psychoanalytic theory of affects. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 337-346.
- Moeller, J. R., Bachmann, G. A., & Moeller, J. R. (1993). The combined effects of physical sexual and emotional abuse during childhood : Long-term health consequences for women. *Child Abuse and Neglect*, 17, 623-640.
- Morrison, N. K. (1987). The role of shame in schizophrenia. Dans H. B. Lewis (Éds), *The role of shame in symptom formation* (pp. 51-87). New Jersey : Erlbaum.
- Morton, R. (1689). *Phthisologia-or a treatise of consumptions*. London : Smith & Walford.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children : A community study. *Child Abuse and Neglect*, 19, 449-461.
- Murray, C., & Waller, G. (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women : The mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 186-191.
- Murray, C., Waller, G., & Legg, C. (2000). Family dysfunction and bulimic psychopathology : The mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 84-89.
- Mutombo, A., Jambou, H., Hannon, S., Bourgain, A., & Mille, C. (2003). Lorsque l'expérience traumatique dépasse les fantasmes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 19-22.
- Nassikas, K. (1986). *Traces du corps et mémoire du rêve*. Paris : L'Harmattan.
- Nassikas, K. (2003). Le trauma et le langage des sens. *L'évolution psychiatrique*, 68, 199-209.

- Neumärker, K.-J. (2000). Mortality rates and causes of death. *European Eating Disorders Review*, 8, 181-187.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuhring, T., & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents : Associations with sexual/physical abuse and other family/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 249-258.
- Ney, P. G. (1987). Does verbal abuse leave deeper scars : A study of children and parents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 371-378.
- Nietzsche, F. (1971). *La Généalogie de la morale*. Paris : Gallimard.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Bush, M., & Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt : The developement of a new measure. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 73-89.
- O'Hagan, K. P. (1995). Emotional and psychological abuse – problems of definition. *Child Abuse and Neglect*, 19, 449-461.
- Orbach, S. (1986). *The hunger strike. The anorectic's struggler as a metaphor for our age*. New York : Norton.
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, 1, 201-220.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Passelecq, A. (1996). Modèle psychanalytique de l'anorexie mentale. Dans L. Apfelbaum-Igoïn, V. Ceulemans, D. Charlier, S. Cirillo, V. Devenne, A. Demaret. et al. (Éds), *Anorexie et boulimie. Modèles, recherches et traitements* (pp. 111-123). Bruxelles : De Boeck Université.

- Passi, V. A., Bryson, S. W., & Lock, J. (2002). Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa : Self-report questionnaire versus interview. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 45-54.
- Pedhazur, E. J. (1997). *Multiple regression in behavioral research : Explanation and prediction* (3rd ed.). New York : Holt, Rinehart and Winston.
- Peterson, C. B., Crow, S. J., Nugent, S., Mitchell, J. E., Engbloom, S., & Mussell, M. P. (2000). Predictors of treatment outcome for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 131-139.
- Perry, L., Morgan, J., Reid, F., Brunton, J., O'Brien, A., & Luck, A. (2002). Screening for symptoms of eating disorders : Reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 466-472.
- Philips, R., & Hill, A. J. (1997). Friendless, fat and dieting : Peer popularity and weight control in 9-year-old girls. *Paper presented at the Third International Conference on Eating Disorders*, London, England.
- Plaut, E. A., & Hutchinson, F. L. (1986). The role of puberty in female psychosexual development. *International Review of Psycho-Analysis*, 13, 417-432.
- Polivy, J., Zeitlin, S. B., Herman, C. P., & Beal, A. L. (1994). Food restriction and binge eating : A study of former prisoners of war. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 409-411.
- Pope, H. G. & Hudson, J. I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 140, 554-558.
- Prosen, M., Clark, D. C., Harrow, M., & Fawcett, J. (1983). Guilt and conscience in major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 140, 839-844.

- Reik, T. (1973). Le besoin d'avouer. *Psychanalyse du crime et du châtiment*. Paris : Payot.
- Reinert, M. (1986). Un logiciel d'analyse lexicale : Alceste. *Cahiers de l'Analyse des Données*, 4, 471-484.
- Reinert, M. (1993). Les mondes lexicaux et leur logique à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Langage et Société*, 66, 5-39.
- Rey, A. (1992). *Dictionnaire historique de la langue française*. Ed. Dictionnaires Paris : Le Robert.
- Roberts, E. (1992). Medicine and the Law. Refusal of treatment by 16-year-old. *The Lancet*, 340, 108-109.
- Root, M. P. P., & Fallon, P. (1989). The incidence of victimization experiences in a bulimic sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 161-173.
- Romeo, F. (1986). *Understanding anorexia nervosa*. Springfield : Charles C. Thomas Ed.
- Rorty, M., & Yager, J. (1993). Speculations on the role of childhood abuse in the development of eating disorders among women. *Eating Disorders : The Journal of Treatment and Prevention*, 1, 199-210.
- Rorty, M., & Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19, 773-791.
- Rorty, M., Yager, J., & Rosotto, E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1122-1126.

- Rorty, M., Yager, J., Rosotto, E., & Buckwalter, G. (2002). Parental intrusiveness recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 202-208.
- Ruggiero, G. M., Levi, D., Ciuna, A., & Sassaroli, S. (2003). Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 220-226.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa : An omnivorous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- St-Vincent Millay, E. (1941). *Collected Sonnets*. HarperCollins.
- Samuel-Lajeunesse, B., & Foulon, C. (1994). *Les conduites alimentaires*. Paris : Masson.
- Sanders, B., & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment : Early data on the Child Abuse and Trauma scale. *Child Abuse and Neglect*, 19, 315-323.
- Sanftner, J. L., & Crowther, J. H. (1998). Variability in self-esteem, moods, shame, and guilt in women who binge. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 391-397.
- Sampson, H. (1983). Pathogenic beliefs and unconscious guilt in the therapeutic process : Clinical observations and research evidence. *Bulletin no.6*. San Francisco : The Psychotherapy Research Group (The Mount Zion Psychotherapy Research Group), Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center.
- Saussure, F. (1974). Cours de linguistique générale. Notes manuscrites publiées par Engler R. Wiesbaden : Otto Harrassowitz.

- Scher, C. D., Stein, M. B., Asmundson, G. J. G., McCreary, D. R., & Forde, D. R. (2001). The childhood trauma questionnaire in a community sample : Psychometric properties and normative data. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 843-857.
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps. Etude des forces constructives de la psyché*. Paris : Gallimard.
- Schmidt, U., Humfress, H., & Treasure, J. (1997). The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. *European Eating Disorders Review, 5*, 184-207.
- Schmidt, U., Slone, G., Tiller, I., & Treasure, J. (1993). Childhood adversity and adult defence style in eating disorder patients - A controlled study. *British Journal of Medical Psychology, 66*, 353-362.
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B., & Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? *Psychological Medicine, 27*, 523-530.
- Schmidt, U., Tiller, J., & Treasure, J. (1993). Setting the scene for eating disorders : Childhood care, classification and course of illness. *Psychological Medicine, 23*, 663-672.
- Searles, H. (1969). *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris : Gallimard.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation : From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York : Jason Aronson.
- Shengold, L. (1998). *Meurtre d'âme. Le destin des enfants maltraités*. Londres : Calmanne Lévy.
- Sibertin-Blanc, D., & Vidailhet, C. (2003). De l'effraction corporelle à l'effraction psychique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 51*, 1-4.

- Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Smith, M., & Thelen, M. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872.
- Solomon, A. (2002). *Le diable intérieur. Anatomie de la dépression*. Paris : Albin Michel.
- Soundy, T. J., Lucas, A. R., Suman, V. J., & Melton, L. J. (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medicine*, 25, 1065-1071.
- Spieker, S. J., Bensley, L., McMahon, R. J., Fung, H., Ossiander, E. (1996). Sexual abuse as a factor in child maltreatment by adolescent mothers of preschool aged children. *Development and Psychopathology*, 8, 497-509.
- Steiger, H., Jabalpurwala, S., Champagne, J., & Stotland, S. (1997). A controlled study of trait narcissism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 173-178.
- Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., & Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating-disordered patients : Comparison of “restricters” and “bingers” to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 501-512.
- Steiger, H., Van der Feen, J. Goldstein, C., & Leichner, P. (1989). Defense styles and parental bonding in eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 131-140.
- Steiger, H., & Zanco, M. (1990). Sexual trauma among eating disordered, psychiatric, and normal female groups. Comparison of prevalence and defence styles. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 74-86.

- Stein, D. M., & Laakso, W. (1988). Bulimia : A historical perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 57-67.
- Streigel-Moore, R. H. (1993). Etiology of binge-eating : A developmental perspective. Dans C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Éds), *Binge eating*. New York : Guilford Press.
- Strober, M., & Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the aetiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 654-659.
- Stuart, G. W., Laraia, M. T., Ballenger, I. C., & Lydiard, R. B. (1990). Early family experiences of women with bulimia and depressions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 43-52.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.
- Tacq, J. (1997). *Multivariate analysis techniques in social research from problem to analysis*. Thousand Oaks : Sage.
- Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt : Development of the self-conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 102-111.
- Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. Dans J. P. Tangney & K. W. Fischer (Éds), *Self-conscious emotions : The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 114-139). New York : Guilford Press.
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (1989). *The test of self-conscious affect* (TOSCA). Fairfax : George Mason University.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology, *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 469-478.

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct : A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.
- Thompson, A. E., & Kaplan, C. A. (1996). Childhood emotional abuse. *British Journal of Psychiatry*, 168, 143-148.
- Tiller, J. U, Schmidt, U., Ali, S., & Treasure, J. (1995). Patterns of punitiveness in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 365-371.
- Thompson, M. G., & Schwartz, D. M. (1982). Life adjustments of women with anorexia nervosa and anorexic-like behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 47-60.
- Tropp, N. A., & Treasure, J. L. (1997). Setting the scene for eating disorders, II : Childhood helplessness and mastery. *Psychological Medicine*, 27, 531-538.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30, 662-680.
- Vallerand, R. J., & Hess, U. (2000). *Méthodes de recherche en psychologie*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 27-32.
- Vasse, D. (1983). *Le poids du réel, la souffrance*. Paris : Seuil.
- Vasse, D. (1995). *Se tenir debout et marcher. Du jardin œdipien à la vie en société*. Paris : Gallimard.
- Vasse, D. (1997). *Le temps du désir. Essai sur le corps et la parole*. Paris : Seuil.

- Vasse, D. (2001). *La vie et les vivants. Conversations avec Françoise Muckensturm*. Paris : Seuil.
- Vasse, D. (2002). *La chair envisagée. La génération symbolique*. Paris : Seuil.
- Vialettes, B. (2001). *L'anorexie mentale, une déraison philosophique*. Paris, Montréal, Budapest, Torino : L'Harmattan.
- Vidailhet, C. (1999). L'anorexie mentale. Paradigme des questions éthiques en psychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 47, 447-453.
- Vissing, Y. M., Straus, S. A., Gelles, R. I., & Harrop, I. W. (1991). Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse and Neglect*, 15, 223-238.
- Waller, G. (1996). Sexual abuse and the eating disorders : Understanding the psychological mediators. *Clinical Psychology Forum*, 92, 27-32.
- Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1990). Who knows best? Family interventions and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 156, 546-550.
- Walters, E. E., & Kendler, K. S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 64-71.
- Wardle, J. & Watters, R. (2004). Sociocultural influences on attitudes to weight and eating : Results of a natural experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 589-596.
- Weil, S. (1948). *La pesanteur et la grâce*. Paris : Plon.

- Weiss, J. (1983). *Notes on unconscious guilt, pathogenic beliefs, and the treatment process*. Bulletin no.6. San Francisco : The Psychotherapy Research Group (The Mount Zion Psychotherapy Research Group), Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center.
- Weiss, J. (1986). Unconscious guilt. Dans J. Weiss & H. Sampson (Eds.), *The psychoanalytic process : Theory, clinical observation and empirical research* (pp. 43-67). New York : Guilford Press.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works : Process and technique*. New York : Guilford Press.
- Welch, S. L., Doll, H. A. & Fairburn, C. G. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa : A controlled study. *Psychological Medicine*, 27, 515-522.
- Wijbrand Hoek, H. & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Williams, R. L. (1987). Use of the eating attitudes test and eating disorders inventory in adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, 8, 266-272.
- Williamson, D. A., Barker, S. E., & Norris, L. E. (1993). Etiology and management of eating disorders. Dans P. B. Sutker & H. E. Adams (Éds). *Comprehensive handbook of psychopathology* (2nd éd.) (pp. 505-530). New York : Plenum Press.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa : Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 267-274.
- Winnicott, D. W. (1958). La capacité d'être seul. Dans D. W. Winnicott (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp.205-213). Paris : Payot.

- Winnicott, D. W. (1960). La théorie de la relation parent-nourrisson. Dans D. W. Winnicott (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp.237-256). Paris : Payot.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z., Dansky, B., & Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107-1115.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., & Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 401-412.
- Wonderlich, S., Ukestad, L., & Perzacki, R. (1994). Perceptions of nonshared childhood environment in bulimia nervosa. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 740-747.
- Wright, S. (1934). The method of path coefficients. *Annals of Mathematical Statistics*, 5, 161-215.
- Zahn-Waxler, C., & Kochanska, G. (1990). The origins of guilt. Dans R. Thomson (Éds), *36th Annual Nebraska Symposium on Motivation : Socio-emotional development* (pp.183-258). Lincoln : University of Nebraska Press.

Appendice A

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale du DSM-IV

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale du DSM-IV

- A) Refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids normal pour l'âge et la taille, par exemple perte de poids visant à maintenir un poids corporel au-dessous de 85 % de ce qui est attendu; ou échec à prendre du poids durant la période de croissance laissant le poids corporel à moins de 85 % du poids attendu;
- B) Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros alors que le poids est inférieur à la normale;
- C) Perturbation de l'estime de son poids corporel ou de ses formes, influence excessive du poids ou de l'aspect corporel (formes corporelles) sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de l'amaigrissement;
- D) Chez les femmes post-ménarches, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones oestrogéniques).

Spécifier le type :

Type restrictive : pendant l'épisode d'anorexie mentale, la personne ne présente pas de façon régulière de comportements de boulimie ou de purges (c'est-à-dire auto-vomissements ou usage excessif de laxatifs, diurétiques, ou lavements).

Type boulimique/purgeuse : pendant l'épisode d'anorexie mentale, la personne présente régulièrement des comportements de boulimie et de purges (c'est-à-dire auto-vomissements, ou usage excessif de laxatifs, diurétiques, ou lavements).

Appendice B

Guilt Inventory Scale

Guilt Inventory Scale
(GIS)

Version française

© W. H. Jones, A. K. Schratter, & K. Kugler (2000)
Validation française par P. Godbout, Ph. D.,
A.-M. Regimbald, & T. S. Ortiz Diaz (2005)

Nom de la participante : _____

Directives:

Veuillez cocher la case correspondant à votre situation.

Pour répondre aux questions, encerclez simplement le chiffre approprié selon les définitions suivantes :

- 1 = fortement en désaccord
- 2 = en désaccord
- 3 = indécise
- 4 = en accord
- 5 = fortement en accord

S.V.P. répondez à toutes les questions.

[*Note au lecteur.* Le nota bene ci-dessous a été ajouté pour inclure dans la thèse mais qu'il pas inclut dans la version des participantes.]

Note. Les items suivis d'un astérisque (*) sont à cotation inversée.

	1 FOTEMENT EN DÉSACCORD	2 EN DÉSACCORD	3 INDÉCISE	4 EN ACCORD	5 FOTEMENT EN ACCORD
1.	J'ai une conception stricte du bien et du mal.				1 2 3 4 5
2.	J'ai commis beaucoup d'erreurs au cours de ma vie.				1 2 3 4 5
3.	Il y a un ensemble de principes moraux et éthiques auxquels j'ai toujours cru fermement.				1 2 3 4 5
4.	Depuis quelque temps, je suis satisfaite de moi-même et des gestes que j'ai posés. *				1 2 3 4 5
5.	Si je pouvais recommencer certaines choses, je me sentrais libérée d'un grand poids.				1 2 3 4 5
6.	Je n'ai jamais ressenti fortement ni remords ni culpabilité. *				1 2 3 4 5
7.	J'ai pour objectif de jouir de la vie davantage que d'obéir à un ensemble de principes moraux abstraits. *				1 2 3 4 5
8.	Il y a quelque chose que je regrette profondément dans mon passé.				1 2 3 4 5
9.	Il m'arrive très souvent de me détester après avoir posé un geste.				1 2 3 4 5
10.	Mes parents étaient très exigeants envers moi.				1 2 3 4 5
11.	Il n'y a que peu de choses que je refuserais absolument de faire. *				1 2 3 4 5
12.	Il m'arrive souvent de me sentir mal dans ma peau à cause des gestes que j'ai posés.				1 2 3 4 5
13.	Pour moi, la frontière qui sépare le bien du mal est élastique. *				1 2 3 4 5
14.	Si je pouvais recommencer ma vie, il y a beaucoup de choses que je ferais autrement.				1 2 3 4 5

	1 FORTEMENT EN DÉSACCORD	2 EN DÉSACCORD	3 INDÉCISE	4 EN ACCORD	5 FORTEMENT EN ACCORD
15.	Il y a beaucoup de gestes que je ne poserais jamais parce qu'ils me paraissent fautifs.				1 2 3 4 5
16.	Il y a peu de temps, j'ai posé un geste que je regrette profondément.				1 2 3 4 5
17.	Depuis quelque temps, il ne m'est pas facile d'être qui je suis.				1 2 3 4 5
18.	Contrairement à beaucoup de gens, je crois que les questions morales ne sont pas aussi tranchées que le jour et la nuit. *				1 2 3 4 5
19.	Depuis quelque temps, je me sens calme et sans préoccupations. *				1 2 3 4 5
20.	Aussi loin que je me souviene, la culpabilité et les remords font partie de ma vie.				1 2 3 4 5
21.	Quand j'y repense, certaines choses que j'ai faites me donnent la nausée.				1 2 3 4 5
22.	Dans certaines circonstances, il n'y a presque rien que je ne ferais pas. *				1 2 3 4 5
23.	Je ne crois pas avoir commis beaucoup d'erreurs au cours de ma vie.				1 2 3 4 5
24.	Je préférerais mourir plutôt que de poser un geste gravement immoral.				1 2 3 4 5
25.	Je ressens fortement le besoin de respecter mes valeurs morales.				1 2 3 4 5
26.	J'éprouve souvent de profonds regrets.				1 2 3 4 5
27.	Je me fais beaucoup de mauvais sang à cause de gestes que j'ai posés dans le passé.				1 2 3 4 5
28.	Je crois qu'il est impossible de juger d'une situation du point de vue moral sans bien connaître les circonstances et les raisons qui ont motivé les gens.				1 2 3 4 5

	1 FOTEMENT EN DÉSACCORD	2 EN DÉSACCORD	3 INDÉCISE	4 EN ACCORD	5 FOTEMENT EN ACCORD
29.	Il y a très peu de gestes que je regrette avoir posés. *				1 2 3 4 5
30.	S'il m'était possible de revivre les dernières semaines ou les derniers mois, je ne changerais absolument rien aux gestes que j'ai posés. *				1 2 3 4 5
31.	La pensée de certains gestes que j'ai posés dans le passé me coupe parfois l'appétit.				1 2 3 4 5
32.	Je ne m'en fais jamais avec les gestes que je pose, parce que je crois que la vie, de toute façon, suit son cours. *				1 2 3 4 5
33.	En ce moment, je ne ressens aucune culpabilité particulière en relation avec des gestes que j'ai posés. *				1 2 3 4 5
34.	Parfois, je ne peux m'empêcher de penser à des gestes que j'ai posés dans le passé et que je considère moralement condamnables.				1 2 3 4 5
35.	Je ne souffre jamais d'insomnie.				1 2 3 4 5
36.	Je donnerais n'importe quoi pour revenir en arrière et réparer certaines fautes que j'ai commises récemment.				1 2 3 4 5
37.	Il y a au moins une chose dans mon passé récent que je voudrais pouvoir changer.				1 2 3 4 5
38.	Quand je pose des gestes contraires à la morale, je m'en rends compte immédiatement.				1 2 3 4 5
39.	Les circonstances déterminent ce qui est bien ou mal. *				1 2 3 4 5
40.	Le sentiment de culpabilité n'est pas un problème pour moi. *				1 2 3 4 5
41.	Il n'y a rien dans mon passé que je regrette profondément. *				1 2 3 4 5
42.	Je crois en un absolu des valeurs morales.				1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
	FORTEMENT EN DÉSACCORD	EN DÉSACCORD	INDÉCISE	EN ACCORD	FORTEMENT EN ACCORD
43.	Ces derniers temps, ma vie irait beaucoup mieux si seulement je n'avais pas posé les gestes que j'ai posés.				1 2 3 4 5
44.	Si j'avais à recommencer ma vie, j'y changerais très peu de choses.				1 2 3 4 5
45.	Depuis quelque temps, je me sens inquiète et angoissée.				1 2 3 4 5

Appendice C

Questionnaire d'informations générales

QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

Données démographiques

Nom de la participante :

Date de naissance : _____
 Jour / Mois / Année

Jour / Mois / Année

Âge :

Poids actuel :

Poids maximum antérieur :**Poids minimum antérieur (3 dernières années) :**

Taille :

No de téléphone : _____ - _____
Ind.rég. _____

Ind.rég.

État civil (encercler le chiffre) :

1. Célibataire
2. Mariée
3. Conjointe de fait
4. Séparée
5. Divorcée

Pensez-vous souffrir d'un trouble alimentaire? (encercler le chiffre)

1. Oui
2. Non

Si vous pensez souffrir d'un trouble alimentaire, avez-vous déjà consulté un médecin omnipraticien, un psychiatre ou psychologue à ce sujet? (encercler le chiffre)

1. Oui
2. Non

Nombre d'enfants dans la famille d'origine :

Nombre de sœurs :

Âge :

Nombre de frères :

Âge :

Rang dans la famille (encercler le chiffre) :

1. aînée
2. la plus jeune
3. autre – précisez : _____
4. enfant unique

Appendice D
Eating Attitudes Test

Eating Attitudes Test
(EAT-26)

Version française

© David M. Garner, Ph.D.
Marion P. Olmstead, M.A.
Y. Bohr

Nom de la participante : _____

Directives:

Veillez cocher la case correspondant à votre situation par un *crochet* (☑), un *X* (☒), ou en la *noircissant* (■). Sachez qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et que les résultats resteront confidentiels. Merci.

Appendice E

Childhood Trauma Questionnaire

Childhood Trauma Questionnaire
(CTQ)

Version française

© D. P. Bernstein et al. (1994)

Validation française par D. Paquette, L. Laporte, M. Bigras, & M. Zoccolillo (2004)

Directives:

Ce questionnaire cherche à déterminer l'atmosphère générale de votre foyer quand vous étiez enfant ou adolescente et comment vous vous sentiez par rapport à la façon d'être traitée par vos parents ou les personnes prenant soin de vous. (Si vous n'avez pas été élevée par vos deux parents biologiques ou l'un de ceux-ci, s.v.p. répondez aux questions suivantes en termes de la personne ou des personnes qui a (ont) eu des responsabilités principales à votre égard dans votre éducation alors que vous étiez enfant). Quand la question traite du comportement de vos deux parents et que le comportement de l'un de vos parents est différent de celui de l'autre, s.v.p. répondez en termes du parent qui utilisait le plus sévère ou le pire comportement.

Pour répondre aux questions, encerclez simplement le chiffre approprié selon les définitions suivantes :

- 1 = jamais vrai
- 2 = rarement vrai
- 3 = quelquefois vrai
- 4 = souvent vrai
- 5 = très souvent vrai

Pour illustrer, voici une question hypothétique :

1 2 3 4 5

Est-ce que vos parents vous critiquaient quand vous étiez
jeune ?

Si vous étiez rarement critiquée, il faudrait encercler le chiffre 2.

S.v.p. répondez à toutes les questions.

[*Note au lecteur.* Le nota bene ci-dessous a été ajouté pour inclure dans la thèse mais n'était pas inclut dans la version soumise aux participantes.]

N.B. : Le chiffre entre parenthèses correspond au point de coupure des experts. Les items suivis d'un astérisque (*) sont à cotation inversée. L'acronyme à la fin de la cotation de chaque item représente à quelle sous-échelle appartient l'item (NÉ = Négligence émotionnelle, AÉ = Abus émotionnel, AS = Abus sexuel, AP = Abus physique; NP = Négligence physique).

	1 JAMAIS VRAI	2 RAREMENT VRAI	3 QUELQUEFOIS VRAI	4 SOUVENT VRAI	5 TRÈS SOUVENT VRAI	
1.	Durant ma croissance, il y avait quelqu'un dans ma famille à qui je pouvais confier mes problèmes. * (3)					NÉ
2.	Durant ma croissance, j'étais critiquée par les membres de ma famille. (4)					AE
3.	Durant ma croissance, j'ai manqué de nourriture. (3)					NP
4.	Durant ma croissance, les membres de ma famille avaient confiance en moi et m'encourageaient dans mes projets. * (1)					NÉ
5.	Durant ma croissance, j'ai été frappée et/ou battue par quelqu'un de ma famille. (3)					AP
6.	Durant ma croissance, j'ai dû subvenir à mes propres besoins car il n'y avait personne d'autre pour le faire. (3)					NP
7.	Durant ma croissance, il y avait beaucoup de disputes et de batailles entre les membres de ma famille. (4)					AE
8.	Durant ma croissance, j'ai vécu en foyer de groupe et/ou en famille d'accueil. (4)					NP
9.	Durant ma croissance, il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger. * (2)					NÉ
10.	Durant ma croissance, il y avait une personne autre qu'un membre de ma famille (un professeur ou un voisin) qui était comme un parent pour moi. *					
11.	Durant ma croissance, un membre de ma famille hurlait ou criait après moi. (3)					AE
12.	Durant ma croissance, j'ai vu ma mère ou l'un de mes frères ou sœurs se faire frapper ou battre. (3)					AP

	1	2	3	4	5	
	JAMAIS VRAI	RAREMENT VRAI	QUELQUEFOIS VRAI	SOUVENT VRAI	TRÈS SOUVENT VRAI	
13.	Durant ma croissance, il y avait quelqu'un qui voyait à mon départ pour l'école si je n'étais pas malade.				1 2 3 4 5	
14.	Durant ma croissance, les membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseuse » ou « laide ». (4)				1 2 3 4 5	AÉ
15.	Durant ma croissance, j'ai traîné dans les rues dès l'adolescence ou même plus jeune. (4)				1 2 3 4 5	AÉ
16.	Durant ma croissance, il y avait un membre de ma famille que j'admiraais et à qui je voulais ressembler. * (3)				1 2 3 4 5	NÉ
17.	Durant ma croissance, mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants. (3)				1 2 3 4 5	NP
18.	Durant ma croissance, j'ai rarement eu l'amour et l'attention dont j'avais besoin. (3)				1 2 3 4 5	NÉ
19.	Durant ma croissance, les membres de ma famille ont eu des ennuis avec les policiers.				1 2 3 4 5	
20.	Durant ma croissance, il y a eu un membre de ma famille qui m'a aidé à avoir une bonne estime de moi. * (3)				1 2 3 4 5	NÉ
21.	Durant ma croissance, j'ai dû me protéger contre un membre de ma famille en me battant, me cachant ou me sauvant. (2)				1 2 3 4 5	AP
22.	Durant ma croissance, il y avait quelqu'un dans ma famille qui désirait me voir réussir. * (2)				1 2 3 4 5	NÉ
23.	Durant ma croissance, j'ai dû porter des vêtements sales. (4)				1 2 3 4 5	NP
24.	Durant ma croissance, j'ai vécu dans plusieurs familles (famille élargie ou famille d'accueil). (4)				1 2 3 4 5	NP
25.	Durant ma croissance, je croyais qu'un de mes frères ou qu'une de mes sœurs était maltraité(e).				1 2 3 4 5	
26.	Durant ma croissance, je me sentais aimée. * (3)				1 2 3 4 5	NÉ

	1 JAMAIS VRAI	2 RAREMENT VRAI	3 QUELQUEFOIS VRAI	4 SOUVENT VRAI	5 TRÈS SOUVENT VRAI	
27.	Durant ma croissance, les ami(e)s que je fréquentais étaient comme ma « vraie famille ».				1 2 3 4 5	
28.	Durant ma croissance, mon père (beau-père) était rarement présent à la maison.				1 2 3 4 5	
29.	Durant ma croissance, mes parents nous traitaient tous également. * (3)				1 2 3 4 5	NÉ
30.	Durant ma croissance, j'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance. (3)				1 2 3 4 5	AÉ
31.	Durant ma croissance, j'ai été frappée par un membre de ma famille à un point tel que j'ai dû consulter un médecin ou être hospitalisée. (2)				1 2 3 4 5	AP
32.	Durant ma croissance, il y avait un membre de ma famille qui voyait à ce que je sois hors de danger. * (2)				1 2 3 4 5	NÉ
33.	Durant ma croissance, j'ai été battue par les membres de ma famille au point d'en avoir des bleus ou des marques. (2)				1 2 3 4 5	AP
34.	Durant ma croissance, j'ai fait partie d'un « gang ».				1 2 3 4 5	
35.	Durant ma croissance, les punitions que j'ai reçues me semblaient justes.				1 2 3 4 5	
36.	Durant ma croissance, j'ai eu des relations sexuelles avec un adulte ou quelqu'un de beaucoup plus vieux que moi (au moins 5 ans de plus que moi). (2)				1 2 3 4 5	AS
37.	Durant ma croissance, il y avait quelqu'un de plus âgé que moi (un professeur ou un parent) qui m'a servi de modèle positif. * (3)				1 2 3 4 5	NÉ
38.	Durant ma croissance, j'ai été battue avec une ceinture, un bâton ou une corde (ou tout autre objet dur). (2)				1 2 3 4 5	AP

	1 JAMAIS VRAI	2 RAREMENT VRAI	3 QUELQUEFOIS VRAI	4 SOUVENT VRAI	5 TRÈS SOUVENT VRAI	
39.	Durant ma croissance, il n'y avait rien que j'aurais voulu changer dans ma famille.				1 2 3 4 5	
40.	Durant ma croissance, les membres de ma famille se soûlaient et/ou se droguaient.				1 2 3 4 5	
41.	Durant ma croissance, il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille. * (3)				1 2 3 4 5	NÉ
42.	Durant ma croissance, mes parents se sont séparés et/ou divorcés.				1 2 3 4 5	
43.	Durant ma croissance, mes parents me disaient des choses blessantes et/ou insultantes. (3)				1 2 3 4 5	AÉ
44.	Durant ma croissance, je me croyais abusée physiquement.				1 2 3 4 5	
45.	Durant ma croissance, mes parents essayaient de me tenir éloignée des gens pouvant avoir une mauvaise influence. * (3)				1 2 3 4 5	NÉ
46.	Durant ma croissance, il y avait un adulte ou toute autre personne responsable à la maison lorsque j'y étais.				1 2 3 4 5	
47.	Durant ma croissance, j'ai été battue au point qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en soit aperçu. (2)				1 2 3 4 5	AP
48.	Durant ma croissance, il y avait un membre de ma famille qui semblait perdre le contrôle de lui-même.				1 2 3 4 5	
49.	Durant ma croissance, les membres de ma famille m'encourageaient à poursuivre mes études. * (2)				1 2 3 4 5	NÉ
50.	Durant ma croissance, je passais du temps à l'extérieur de la maison sans que personne ne sache où j'étais. (4)				1 2 3 4 5	AÉ

	1 JAMAIS VRAI	2 RAREMENT VRAI	3 QUELQUEFOIS VRAI	4 SOUVENT VRAI	5 TRÈS SOUVENT VRAI	
51.	Durant ma croissance, les punitions que j'ai reçues me semblaient cruelles. (3)				1 2 3 4 5	AP
52.	Durant ma croissance, je sentais qu'il y avait un membre de ma famille qui me haïssait. (3)				1 2 3 4 5	AÉ
53.	Durant ma croissance, les membres de ma famille étaient proches les uns des autres. * (4)				1 2 3 4 5	NÉ
54.	Durant ma croissance, quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes. (2)				1 2 3 4 5	AS
55.	Durant ma croissance, j'ai été bousculée par les membres de ma famille.				1 2 3 4 5	
56.	Durant ma croissance, il y avait assez de nourriture pour chacun. * (3)				1 2 3 4 5	NP
57.	Durant ma croissance, les membres de ma famille avaient tous certaines tâches à accomplir.				1 2 3 4 5	
58.	Durant ma croissance, un membre de ma famille me menaçait de blessures ou de mentir sur mon compte afin que j'aie des contacts sexuels avec lui/elle. (2)				1 2 3 4 5	AS
59.	Durant ma croissance, j'ai grandi dans un entourage idéal.				1 2 3 4 5	
60.	Durant ma croissance, j'avais peur d'être blessée par un membre de ma famille. (3)				1 2 3 4 5	AP
61.	Durant ma croissance, quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles. (2)				1 2 3 4 5	AS
62.	Durant ma croissance, il y avait quelqu'un de ma famille qui croyait en moi. * (3)				1 2 3 4 5	NÉ
63.	Durant ma croissance, j'ai été maltraitée. (3)				1 2 3 4 5	AP

	1	2	3	4	5	
	JAMAIS VRAI	RAREMENT VRAI	QUELQUEFOIS VRAI	SOUVENT VRAI	TRÈS SOUVENT VRAI	
64.	Durant ma croissance, je croyais être abusée émotionnellement. (3)					AÉ
65.	Durant ma croissance, les membres de ma famille ne semblaient pas savoir ou se foutaient de ce que je faisais. (3)					AÉ
66.	Durant ma croissance, il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin lorsque nécessaire. * (2)					NP
67.	Durant ma croissance, j'avais la meilleure famille au monde.					
68.	Durant ma croissance, les membres de ma famille avaient des secrets dont je ne pouvais parler à personne. (3)					AÉ
69.	Durant ma croissance, je croyais être abusée sexuellement. (3)					AS
70.	Durant ma croissance, ma famille était source de force et de support. * (2).					NÉ

Appendice F

Guilt Inventory Scale – Version originale anglaise

Guilt Inventory Scale
(GIS)

Version originale anglaise

© W. H. Jones, A. K. Schratter, & K. Kugler (2000, pp. 1040-1041)

The Guilt Inventory : Items and Scoring

	1	2	3	4	5			
	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	UNDECIDED	AGREE	STRONGLY AGREE			
Original Item No.	Item Wording							
Trait Guilt								
4.	Lately, I have felt good about myself and what I have done.*			1	2	3	4	5
16.	I have recently done something that I deeply regret.			1	2	3	4	5
17.	Lately, it hasn't been easy being me.			1	2	3	4	5
19.	Lately, I have been calm and worry-free.*			1	2	3	4	5
30.	If I could relive the last few weeks or months, there is absolutely nothing I have done that I would change.*			1	2	3	4	5
33.	At the moment, I don't feel particularly guilty about anything I have done.*			1	2	3	4	5
36.	I would give anything if, somehow, I could go back and rectify some things I have recently done wrong.			1	2	3	4	5
37.	There is as least one thing in my recent past that I would like to change.			1	2	3	4	5
43.	Recently, my life would have been much better if only I hadn't done what I did.			1	2	3	4	5
45.	I have been worried and distressed lately.			1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	UNDECIDED	AGREE	STRONGLY AGREE

Moral Standards

1.	I believe in a strict interpretation of right and wrong.	1	2	3	4	5
3.	I have always believed strongly in a firm set of moral-ethical principles.	1	2	3	4	5
7.	My goal in life is to enjoy it rather than to live up to some abstract set of moral principle.*	1	2	3	4	5
11.	There are only a few things I would never do.*	1	2	3	4	5
13.	My ideas of right and wrong are quite flexible.*	1	2	3	4	5
15.	There are many things I would just never do because I believe they are wrong.	1	2	3	4	5
18.	Morality is not as "black and white" as many people would suggest.*	1	2	3	4	5
22.	In certain circumstances, there is almost nothing I wouldn't do.*	1	2	3	4	5
24.	I would rather die than commit a serious act of wrongdoing.	1	2	3	4	5
25.	I feel a strong need to live up to my moral values.	1	2	3	4	5
28.	I believe that you can't judge whether something is right or wrong without knowing the motives of the people involved and the situation in which they are acting.*	1	2	3	4	5
32.	I never worry about what I do; I believe life will take care of itself. *	1	2	3	4	5
38.	I am immediately aware of it when I have done something morally wrong.	1	2	3	4	5
39.	What is right or wrong depends on the situation.*	1	2	3	4	5

	1 STRONGLY DISAGREE	2 DISAGREE	3 UNDECIDED	4 AGREE	5 STRONGLY AGREE
42.	I believe that moral values are absolute.				1 2 3 4 5
Trait Guilt					
2.	I have made a lot of mistakes in my life.				1 2 3 4 5
5.	If I could do certain things over again, a great burden would be lifted from my shoulders.				1 2 3 4 5
6.	I have never felt great remorse or guilt.*				
7.	My goal in life is to enjoy it rather than to live up to some abstract set of moral principle.				1 2 3 4 5
8.	There is something in my past that I deeply regret.				1 2 3 4 5
9.	Frequently, I just hate myself for something I have done.				1 2 3 4 5
10.	My parents were very strict with me.				1 2 3 4 5
12.	I often feel “not right” with myself because of something I have done.				1 2 3 4 5
14.	If I could live my life over again, there are a lot of things I would do differently.				1 2 3 4 5
20.	Guilt and remorse have been a part of my life for as long as I can recall.				1 2 3 4 5
21.	Sometimes, when I think about certain things I have done, I almost get sick.				1 2 3 4 5
23.	I do not believe that I have made a lot of mistakes in my life.*				1 2 3 4 5
26.	I often have strong sense of regret.				1 2 3 4 5

	1 STRONGLY DISAGREE	2 DISAGREE	3 UNDECIDED	4 AGREE	5 STRONGLY AGREE
27.	I worry a lot about things I have done in the past.				1 2 3 4 5
29.	There are few things in my life that I regret having done.				1 2 3 4 5
31.	I sometimes have trouble eating because of things I have done in the past.				1 2 3 4 5
34.	Sometimes I can't stop myself from thinking about things I have done which I consider to be wrong.				1 2 3 4 5
35.	I never have trouble sleeping.*				1 2 3 4 5
40.	Guilt is not a particular problem for me.*				1 2 3 4 5
41.	There is nothing in my past that I deeply regret.*				1 2 3 4 5
44.	If I had my life to begin over again, I would change very little, if anything.*				1 2 3 4 5

[*Note au lecteur.* L'astérisque ci-dessous a été ajouté pour inclure dans la thèse mais n'était pas inclut dans la version soumise aux participantes.]

*Item reversed in scoring.

Appendice G

i) Sollicitation des participantes

INVITATION DE PARTICIPATION À UNE RECHERCHE DOCTORALE EN PSYCHOLOGIE

Le projet de recherche intitulé « Perturbations alimentaires et abus émotionnel infantile chez des étudiantes universitaires : Rôle médiateur du sentiment de culpabilité » est réalisé par Steve Curadeau, psychologue, étudiant du doctorat en psychologie (Ph. D.). Ce projet se fait sous la direction et la responsabilité de la professeure Suzanne Léveillé, Ph. D, psychologue, du Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Cette recherche vise à mieux comprendre comment les perturbations alimentaires rencontrées chez les adultes ont une origine dans l'enfance.

Pour réaliser cette recherche, il faut la participation de plus de 150 femmes du niveau baccalauréat, et âgées de plus de 18 ans. La participation à cette recherche implique, de la part des participantes, de remplir trois instruments de mesure psychologiques. La durée de passation de ces instruments est d'environ 25 minutes. Un test vise à mesurer la nature des comportements alimentaires, un deuxième vise à déterminer comment vous vous sentiez par rapport à la façon d'être traitée par vos parents, et un troisième mesure le sentiment de culpabilité.

La participation à ces tests n'entraîne habituellement aucun risque sur le plan psychologique ou social. Toutefois, il est possible que certaines personnes éprouvent quelques inconforts ou soient incommodées par le fait que ces questionnaires peuvent provoquer une prise de conscience.

La participante doit signaler à la personne qui supervise la passation des tests tout inconfort, malaise, dérangement ou détresse découlant de sa participation à la recherche. Le responsable de la recherche a prévu des mécanismes visant à atténuer ces effets négatifs.

Les informations recueillies lors de la passation de ces tests seront utilisées uniquement par les personnes impliquées dans la recherche et seront traitées de façon strictement confidentielle : 1) Le nom de la participante sera retiré de son questionnaire; 2) un code numérique sera utilisé à la place du nom de la participante de façon à ce que personne ne puisse l'identifier; 3) le formulaire de consentement sera placé dans un classeur sous clé pour assurer la confidentialité; 4) la thèse qui exposera le résultat de ces tests ne fera état que des résultats de groupes.

La participante est libre de se retirer du processus de passation de ces trois instruments à tout moment, sans avoir à justifier sa décision et sans en subir de préjudice.

ii) **Formulaire de consentement**

ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANT ET DE LA DIRECTRICE DE RECHERCHE

Je soussigné, STEVE CURADEAU, psychologue, étudiant au doctorat en psychologie (Ph. D.), sous la supervision de SUZANNE LÉVEILLÉE, Ph. D, professeure, m'engage à mener la présente recherche portant sur les « Perturbations alimentaires et abus émotionnel infantile chez des étudiantes universitaires : Rôle médiateur du sentiment de culpabilité », selon les dispositions acceptées par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des participantes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Je m'engage également à fournir aux participantes tout le support permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Steve Curadeau, étudiant
Département de psychologie

Signature de la directrice de recherche
Département de psychologie

CONSENTEMENT DE LA PARTICIPANTE

Je, _____, reconnais avoir été suffisamment
Nom en lettres moulées
informée du projet de recherche intitulé « Perturbations alimentaires et abus émotionnel infantile chez des étudiantes universitaires : Rôle médiateur du sentiment de culpabilité » et bien comprendre ce que ma participation à cette recherche implique pour moi. En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et j'autorise le responsable à utiliser les résultats de ma participation selon les informations qu'il m'a fournies.

Dans l'éventualité où la personne responsable de cette recherche découvre que je souffre d'un trouble alimentaire sérieux, j'accepte d'être contactée par téléphone (fourni à cet effet dans le questionnaire d'informations générales) :
(Veuillez noircir la case correspondant à votre choix) :

Oui ☐

Non ☐

Signature de la participante

No d'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières : CER-04-91-08.06, certificat émis le 19 novembre 2004.

Appendice H

Certificat d'éthique de la recherche de l'UQTR

Note. L'intitulé figurant sur ce certificat était le premier titre donné à la thèse l'année précédant sa rédaction. Après l'acceptation du projet de thèse par le Comité d'éthique, des modifications ont toutefois été apportées au titre. Le Comité d'éthique n'émettant pas de deuxième certificat, le premier titre (qui n'était alors que provisoire) apparaît donc sur le Certificat, ce qui explique la différence entre ce premier titre et celui donné au document actuel. Suite à une correspondance officielle cependant, le Comité a validé et accepté toutes les modifications apportées à la thèse, y compris naturellement le titre actuel.

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE:

Le Comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche:

intitulé: **Aspects de la colère chez des étudiantes universitaires présentant des perturbations alimentaires**

chercheur: **CURADEAU, Steve, Étudiant au Département de psychologie**

organisme: **Aucun**

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des humains est conforme aux normes éthiques.

Période de validité du présent certificat : **Du 19 novembre 2004 au 31 janvier 2005**

COMPOSITION DU COMITÉ:

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par la Commission des études:

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- un(e) étudiant(e) de troisième ou de deuxième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES:

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le Comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Copie certifiée conforme
à l'original

GEORGES MASSÉ
Président du comité

FABIOLA GAGNON
Secrétaire du comité

3 OCT. 2005

Certificat émis le 19 novembre 2004
CER-04-91-08.06
DÉCSR